8 Med

Aus der Frauenklinik Finkenau
Hamburg
(Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Hanns Dietel)

# Was läßt sich zur Ursache der Wochenbettblutung anhand histologischer Befunde aussagen?

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde an der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von
Hans-Dieter Budelmann
aus Hamburg

Februar 1961

Aus der Frauenklinik Finkenau
Hamburg
(Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Hanns Dietel)

# Was läßt sich zur Ursache der Wochenbettblutung anhand histologischer Befunde aussagen?

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde an der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von
Hans-Dieter Budelmann
aus Hamburg

Februar 1961

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

am: 15. März 1961

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Dekan: Professor Dr. Robert Prévôt

Referent: Prof. Dr. Dietel

Korreferent: Prof. Dr. Schubert.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

# WAS LÄSST SICH ZUR URSACHE DER WOCHENBETTBLUTUNG ANHAND HISTOLOGISCHER BEFUNDE AUSSAGEN ?

---

von

Hans-Dieter B u d e l m a n n

Medizinal-Praktikant

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.

2. Definition der Wochenbettblutung.

3. Allgemeines zur Ursache der Wochenbettblutung.

4. Zur klinischen Differentialdiagnose der Wochenbettblutungen.

5. Eigene Untersuchungsergebnisse.

6. Zusammenfassung.

7. Untersuchungsprotokolle.

8. Literatur.

9. Lebenslauf.

---

## 1. Einleitung.

Mir ist die Aufgabe gestellt worden, das durch Curettage gewonnene Material der Wochenbettblutungen aus der Zeit von Januar 1953 bis September 1960 daraufhin zu untersuchen, ob es möglich ist, Anhaltspunkte über die Ursache der Blutung zu gewinnen. Gleichzeitig soll unser Material mit den bereits hierüber vorliegenden und in der Literatur festgelegten Ergebnissen verglichen werden.

## 2. Definition.

Bevor wir unser Untersuchungsergebnis besprechen, ist es notwendig, festzulegen, was man unter einer Wochenbettblutung versteht. Dazu gehört auch die zeitliche Festlegung, wie lange das normale Wochenbett dauert.
Die Definition des Begriffes " Wochenbettblutung " stößt auf Schwierigkeiten, weil in der Literatur keine exakt festgelegten Grenzen des Wochenbetts beschrieben sind.

Wenn z.B. das Wochenbett definiert wird als die Zeit zwischen der vollständigen Ausstoßung der Placenta und dem Auftreten der ersten regelrechten Menstruation nach Beendigung der Laktation, müßten Blutungen, die während dieser Zeit auftreten, als Wochenbettblutungen angesehen werden. Es ist aber hinreichend bekannt, daß es während der Laktation zu typischen Regelblutungen oder auch zu unregelmäßig auftretenden Blutungen wie bei einer Menstruation kommen kann, die keineswegs eine Abrasio erforderlich machen oder bei denen sich eine Abrasio sogar verbietet, da es sich um physiologische Blutungen handelt.

Will man das Wochenbett begrenzen als die Zeit, in der sich alle durch die Schwangerschaft bedingten anatomischen Veränderungen am Körper einer Frau zurückgebildet haben, so genügt ein Hinweis auf das Cloasma uterinum, das monate- oder jahrelang post partum bestehen kann, oder die Striae, die je nach Bindegewebskonstitution frühzeitig zurückgebildet sind oder zeitlebens sichtbar bleiben, um die Schwierigkeit anzudeuten, eine Definition zu finden. Es wird daraus sogar ersichtlich, daß eine Definition exakt nicht möglich ist.

Unserer Meinung nach sollte man das Wochenbett enger begrenzen als beispielsweise B a c h m e y e r u. S t o l l, die noch Blutungen am 85. Tag post partum in ihre Untersuchungsreihe aufgenommen haben. Wir legen für das Wochenbett 6 Wochen zugrunde; dann dürften im allgemeinen die Rückbildungsvorgänge an der Gebärmutter, die uns im Zusammenhang mit der Blutung im Wochenbett allein interessiert, abgeschlossen sein.

3. Allgemeines zur Ursache der Wochenbettblutung.

Unserer Arbeit liegen also diejenigen uterinen Blutungen zugrunde, welche innerhalb dieser 6-Wochengrenze auftreten. Die physiologischen Lochia rubra sind daher nicht Gegenstand unserer Unter - suchung. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, daß es schwierig sein kann, zu entscheiden, ob es sich noch um Lochia rubra oder bereits um eine beginnende Wochenbettblutung handelt. Derartige Zweifelsfälle sind in unserem Material mitenthalten, weil man dabei zwangsläufig eine Wochenbettblutung annehmen muß. Unter dieser Definition ist das von uns bearbeitete Material zu verstehen.

Welche Ursachen kommen für eine Wochenbettblutung überhaupt in Frage ?

Bei einer Wochenbettblutung ist zunächst eine Speculumeinstellung vorzunehmen, um festzustellen, ob es sich handelt um

a) Blutungen aus geburtsmechanischen bzw. geburtshilflichen Rißwunden.
   Scheiden- und Dammrisse, Cervixeinrisse, Hämatombildung an der Vulva oder Vagina.
b) Blutungen aus dem Uterus.

Bei diesen Blutungen müssen zwei Gruppen unterschieden werden:

I. Die Blutungen aus dem krankhaft veränderten Genitale.
   a) Myom, Gefäßerkrankungen : (Arteriosklerose, Varizen, seltener auch Aneurysmen).
   b) hämatologische Ursachen : (hämorrhagische Diathese, Defibrinierungsblutungen).
   c) maligne Tumoren : (Karzinome, Sarkome, Chorionepitheliome).
   d) ganz selten als unerkannte und regelrechte Menstruation postpartum.

II. Die Blutungen aus dem Uteruscavum, wobei sie aus dem physiologischen Geburtswunden entstehen und bedingt sein können durch:

a) Retention von Placenta- oder Eihautresten.

b) Puerperale Endometritis.

c) Subinvolutio uteri.

a) Retention von Placenta- oder Eihautresten.

Der sogenannte Placentapolyp, der als feststehender Begriff in der Literatur immer wieder gebraucht wird und sogar schon Anlaß zu größeren Untersuchungsreihen gewesen ist, wird von uns als begrifflich unrichtig abgelehnt und gehört nicht hierher, da es sich nur um eine Sonderform der retinierten Placenta handelt, nämlich einen Placentarest mit blutiger Imbibition und mit einem echten Polypen nichts zu tun hat. Ein echter Polyp zeigt immer die Zeichen einer Proliferation und eigene Gefäßbildung. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um ein proliferierendes Adenom oder Papillom. Die Zeichen einer Proliferation findet man beim Placentapolypen nie.

Die Diagnose " Placentarest " ist makroskopisch nicht möglich. Es sind Fälle bekannt, bei denen sich ein Abradat, das makroskopisch als Placenta angesprochen wurde, unter dem Mikroskop als etwas anderes, z.B. Blutkoagula oder ödematöse Uterusmuskelstücke, herausstellte. ( Treten bei der Geburt der Placenta auch nur die geringsten Zweifel an der Vollständigkeit auf, ist die Abrasio unbedingt zu fordern, da sie die Patientin mit einiger Sicherheit vor einer Restblutung bewahrt und der Eingriff praktisch minimal ist. Darüber hinaus zeigt die klinische Erfahrung, daß nach einer Abrasio die Involution häufig besser ist als im normalen Wochenbett. Daher soll man mit der Indikation dazu nicht kleinlich sein ).

Es ist interessant festzustellen, wie häufig unter dieser Forderung bzw. Indikation an unserer Klinik in der Zeit von 1953 bis 1960 eine Curettage im Anschluß an die Ausstoßung der Placenta durchgeführt wurde.

Tabelle I:

| Jahr | Curettage nach Geb.d.Placenta | % | Geburten |
|---|---|---|---|
| 1953 | 68 | 3,4 | 1988 |
| 1954 | 82 | 3,5 | 2329 |
| 1955 | 238 | 1o,1 | 2341 |
| 1956 | 233 | 8,6 | 27o9 |
| 1957 | 248 | 7,7 | 324o |
| 1958 | 246 | 7,o | 349o |
| 1959 | 266 | 6,6 | 4o2o |
| b.3o.9. 196o | 23o | 6,8 | 3374 |
| 7 9/12J. | 1611 | 6,7 | 23491 |

Bei der Ungenauigkeit der Vollständigkeitsprüfungen der Placenta ist aber die Frage, ob nicht viel häufiger Placentateile retiniert werden, ohne daß es zu klinischen Erscheinungen, d.h. Wochenbettblutungen kommt. Ein Placentarest kann sich wohl auch einmal vollständig zurückbilden.

Wenn bei einer echten Bauchhöhlenschwangerschaft mit einer Placentahaftstelle auf dem Peritoneum das Kind aus den Eihüllen genommen, die Placenta aber unangetastet in der Bauchhöhle belassen und bei einer Relaparatomie nach wenigen Wochen nicht mehr vorgefunden wird, so drängt sich die Frage auf, ob nicht das Endometrium, ebenso wie das Peritoneum im Großen, einen kleinen Placentarest einmal resorbieren kann.

Finden wir histologisch im Abrasionsmaterial Decidua, so wird sie im allgemeinen aus dem Cavum uteri stammen, in seltenen Fällen aber auch einmal ein sogenanntes Deciduaknötchen darstellen.

Diese Deciduaknötchen finden sich außer im Corpus auch im Cervix- und Portiostroma. Sie können mehr als mandelgroß werden; histologisch findet sich die gleiche deciduale Reaktion wie bei einer Gravidität.

Bei einem großen Teil der von uns bearbeiteten Fälle von Wochenbettblutungen, nämlich bei solchen, wo eine kolposkopische Untersuchung möglich war, läßt sich mit Sicherheit aussagen, daß bei ihnen Deciduaknötchen nicht vorhanden gewesen sein können. Nach den Erfahrungen der Klinik ( F o c k e n u. F r a n z) ergeben nämlich Decidua-

knötchen an der Portio bzw. im post partum meist lange Zeit einsehbaren CK einen Befund, der eine Excision erfordert, um ein Carcinom auszuschließen.

b. Puerperale Endometritis.

Diese deckt sich im wesentlichen mit einer Endometritis in der Gravidität nach D u b r a u s z k y. Wir unterscheiden dabei zwei Arten:

1. Die Endometritis puerperalis putrida, wobei die Uterusinnenfläche mit grau-weißen oder grau-gelblichen Fetzen bzw. mit kleineren und größeren zerfallenden Blutkoagula bedeckt ist. Je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten war, desto häufiger finden sich die Veränderungen an der Placentahaftstelle. Mikroskopisch findet man die zurückgebliebenen Deciduateile in den verschiedenen Stadien des Zerfalls. An der Oberfläche nicht selten kleinere oder größere Exsudatmassen mit reichlich Bakterien. Die Umgebung der nekrotischen Gewebsteile ist durch eine gut ausgebildete, hauptsächlich aus Leukozyten bestehende Demarkationszone gekennzeichnet. Das Myometrium ist nur selten betroffen.

2. Endometritis puerperalis pseudomembranacea mit allen typischer Zeichen, sowohl makroskopisch als auch histologisch, einer pseudomembranösen Entzündung.
Aber auch bei der histologischen Diagnose einer puerperalen Endometritis können erhebliche Schwierigkeiten auftreten, da es häufig sehr schwer und manchmal sogar unmöglich ist, eine Entzündung von einer einfachen reaktiven Exsudation zu unterscheiden, wie sie bei jeder Wunde gefunden wird, auch wenn keine Entzündung im eigentlichen Sinne vorliegt. Diese beiden Formen sind schwer gegeneinander abzugrenzen.

Da es bei einer Curettage unvermeidlich ist, Gewebe von der Placentahaftstelle = Placentawunde mitzugewinnen, wurde bisher sicher häufig auch dann eine Endometritis diagnostiziert, wenn nur eine reaktive Exsudation vorlag.

c. Subinvolutio uteri.

Hierunter verstehen wir eine mangelhafte Rückbildung der puerperalen Veränderungen am Uterus, verbunden mit einem Ödem ohne zellige Infiltration, wodurch die Rückbildung gehemmt wird. Außerdem kann die Subinvolution durch einen retinierten Placentarest bedingt sein.

Bei den besprochenen zwei Gruppen der Blutungen aus dem Uteruscavum (Blutungen aus dem krankhaft veränderten Uterus und Blutungen aus den physiologischen Geburtswunden ) läßt sich eine genauere Diagnose stellen, wenn man Material aus dem Uteruscavum gewinnt, wozu man am zweckmäßigsten die Curette benutzt. B a c h m e y e r u. S t o l l fordern bei Blutungen im Wochenbett auch eine digitale Austastung, was nach unseren Erfahrungen technisch ohne Dilatation - vor allem des inneren Muttermundes - nach dem 6. Tag post partum nicht immer möglich ist. Eine Curettage ist der digitalen Ausräumung außerdem vorzuziehen, weil bei digitaler Austastung und Ausräumung nicht so steril gearbeitet werden kann wie bei einer Curettage. Außerdem wird durch die Curettage ein guter Kontraktionsreiz und damit ein guter therapeutischer Effekt erzielt. Dies kann die digitale Austastung zweifellos nicht erreichen. Man sollte allerdings mit einer möglichst breiten stumpfen Curette arbeiten (H e y n e m a n n).

4. Zur klinischen Differentialdiagnose der Wochenbettblutungen.

Die klinische Differentialdiagnose ist schwierig, da sich meist nur wenige und nicht zuverlässige Anhaltspunkte bieten. Auffällig ist, daß Frauen, die nicht stillen, häufiger zu Wochenbettblutungen neigen als andere. Nach Überdehnung des Uterus, z.B. Zwillinge, Hydramnion, bei Vielgebärenden oder nach langdauernder Geburt tritt eine Blutung im Wochenbett ebenfalls häufiger auf. Daß eine Lochialstauung in eine Endometritis übergehen kann, ist leicht verständlich.

Der Zeitpunkt des Beginns und die Art der Blutung lassen etwas genauere Schlüsse hinsichtlich der Diagnose zu.

Wenn eine Blutung gegen Ende der ersten oder am Anfang der zweiten Woche post partum und sofort ziemlich heftig auftritt, deutet dies am ehesten auf einen zurückgebliebenen Placentarest. Diese Erfahrung deckt sich mit unseren Beobachtungen.

Bei einer vorwiegend schwachen Blutung, die von den ersten Wochenbettagen an besteht und kurze Zeit sistiert, dann aber von neuem einsetzt, ist an eine Subinvolutio uteri zu denken. Tritt die Blutung im Anschluß an die erste größere Anstrengung auf, liegt eine Lösung von Thromben an der Plácentahaftstelle nahe; diese Blutungsursache ist meist vergesellschaftet mit einer Blutungsneigung.

Im Spätwochenbett ( nach K n e e r 4. - 6. Woche) blutet es häufig als Folge einer hormonalen Störung, wobei der kritische Zeitpunkt etwa bei der 7. Woche liegt. Vorher blutet es fast ausschließlich aus einem monophasischen, anovulatorischen Zyklus. Nicht selten findet man hierbei gleichzeitig eine hyperplastische Endometritis.

5. Eigene Untersuchungsergebnisse.

Nach diesen allgemeinen Ausführungen berichten wir jetzt über die Ergebnisse unserer Untersuchungen über die Frage, wieweit man aus den histologischen Befunden etwas über die Ursachen der Wochenbettblutung sagen kann.

Die Ergebnisse histologischer Untersuchungen früherer Autoren sind so unterschiedlich, daß eine erneute Überprüfung und Diskussion an Hand des in unserer Klinik gewonnenen Materials gerechtfertigt erscheint.

Abgesehen von der schon mehrfach zitierten Arbeit von B a c h m e y e r u. S t o l l finden sich bisher auch keine einheitlichen umfassenden Einteilungen der einzelnen morphologischen Substrate. Die einzelnen Untersucher befassen sich meist nur mit einer der verschiedenen Möglichkeiten, und zwar meist mit

dem retinierten Placentagewebe.

Sinn und Zweck dieser Arbeit soll es nicht sein, eine Statistik über Wochenbettblutungen überhaupt zusammenzustellen, sondern die Fälle unserer Klinik ausschließlich nach dem histologischen Substrat zu beurteilen. Es wurde dabei ein Zeitraum ausgewählt, in dem die Beurteilung der Histologie in einer Hand lagen, so daß ein relativ einheitliches Bild gewährleistet ist.

Unser Material, gewonnen vom Januar 1953 bis September 1960, stammt sowohl von Wöchnerinnen, die in unserer Klinik entbunden haben als auch von Frauen, die mit einer Blutung im Wochenbett zur Aufnahme kamen; daher liegen die Prozentwerte des Gesamtmaterials, auf unsere Klinikentbindungen bezogen, zu hoch. Auf der anderen Seite handelt es sich bei den von uns untersuchten Fällen nur um solche, wo eine Curettage vorgenommen wurde, d.h. alle konservativ beherrschten Fälle sind nicht mit aufgeführt; da im Rahmen dieser Arbeit auch nur die Fälle interessieren, wo wir zu einem Eingriff gezwungen waren.

Tabelle II:

| Jahr | Geburten i.d.F.F. | Curettierte Wochenbettbl. a.d.F.F. | % | Curettierte Wochenbettbl. v.draußen |
|---|---|---|---|---|
| 1953 | 1988 | 9 | o,46 | 8 |
| 1954 | 2329 | 12 | o,47 | 8 |
| 1955 | 2341 | 16 | o,69 | 4 |
| 1956 | 27o9 | 5 | o,18 | 11 |
| 1957 | 324o | 14 | o,43 | 11 |
| 1958 | 349o | 6 | o,2o | 11 |
| 1959 | 4o2o | 24 | o,6o | 3 |
| b.Sept. 196o | 3374 | 12 | o,38 | 6 |
| 7 9/12J. | 23491 | 98 | o,43 | 62 |

Aus dieser Tabelle wird ersichtlich, daß trotz der Vermehrung der Klinikentbindungen auf fast das Doppelte des Jahres 1953 in den letzten Jahren der Prozent-Satz der Blutungen im Wochenbett nicht zu-, sondern eher abgenommen hat.
Eine genauere Untersuchung über den Zeitraum von 3 Jahren, die sich mit einem eventuellen Zusammenhang von Blutungen bei Erst- oder Mehrgebärenden einerseits und dem Spät- und Frühwochenbett, wobei das Spätwochenbett am 22.Tag post partum beginnen soll, andererseits auseinandersetzte, hat im großen und ganzen gezeigt, daß keine signifikanten Zusammenhänge vorhanden sind mit der Ausnahme, daß Placentarestblutungen in mehr als 2/3 der Fälle im Frühwochenbett auftraten, unabhängig davon, ob die Frau Erst- oder Mehrgebärende war.

Unsere Ergebnisse gestatten folgende Einteilung:
1. Rückstände der Schwangerschaft wie Placenta, Eihäute und Decidua.
2. Subinvolutio uteri.
3. Endometritis.
4. Corpusschleimhaut mit unspezifischem Aufbau.

Wir übersehen ein Material von 160 Fällen von Wochenbettblutungen. Die hierbei gefundenen Ergebnisse in Prozenten angeben zu wollen, ist verlockend, würde aber zu irreführenden Werten führen und über die tatsächlichen Verhältnisse hinwegtäuschen. Es kann vorkommen, daß man nicht nur ein, sondern mehrere Merkmale im histologischen Bild findet.

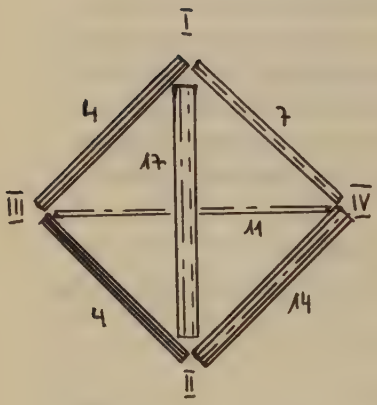
Wenn wir die vier Gruppen
1. Rückstände der Schwangerschaft,
2. Subinvolutio uteri,
3. Endometritis,
4. Schleimhautbilder mit unspezifischem Aufbau

zugrunde legen, verteilt sich das Material in etwa der Hälfte der Fälle auf nur jeweils eine Gruppe, nämlich

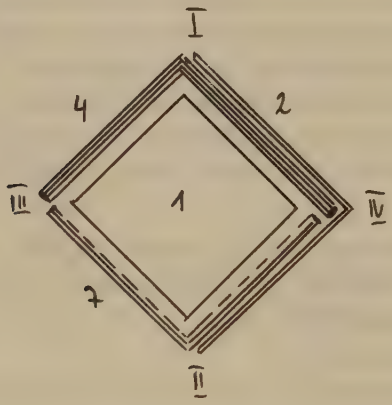
I : 52 Fälle = 32,5 %
II : 24 Fälle = 15,0 %
III: 4 Fälle = 2,5 %
IV : 6 Fälle = 3,75%,

alle übrigen Präparate wiesen zwei, drei oder in einem Falle alle vier Merkmale auf. Folgende Zeichnung versucht, dies zu veranschaulichen:

—— = 1 Fall
– – – = 5 Fälle
—— – —— = 10 Fälle




Kombination von zwei verschiedenen Merkmalen




Kombination von drei u. vier verschiedenen Merkmalen.

Außerdem fanden wir in 3 Fällen noch Material, das sich in keine dieser vier Gruppen einordnen läßt. Bei Aufteilung der einzelnen Gruppen auf einen Faktor bezogen, d.h. eine Kombination von zwei Merkmalen in zwei einzelne Merkmale zerlegt, finden sich folgende Ergebnisse:

Rückstände der Schwangerschaft fanden sich
rein in 52 Fällen kombiniert in 35 Fällen

Subinvolutio uteri
rein in 24 Fällen kombiniert in 45 Fällen

Endometritis
rein in 4 Fällen kombiniert in 39 Fällen

Schleimhautbilder mit spezifischem Aufbau
rein in 6 Fällen kombiniert in 46 Fällen,

woraus zu ersehen ist, daß eine Angabe in Prozent der Fälle den Anforderungen nicht entsprechen kann.

Somit ist es verständlich, daß die ausschlaggebende Ursache einer Wochenbettblutung nur dann festgestellt werden kann, wenn sich im histologischen Präparat nur ein Merkmal findet, d.h. wenn wir ein " typisches " Bild vor uns haben. Sowie aber eine Kombination mehrerer Merkmale gefunden wird, kann unmöglich exakt entschieden werden, welches die eigentliche Blutungsursache ist. Wenn zum Beispiel ein Placentarest und eine Subinvolution gefunden werden, kann es sich um ein zufälliges Zusammentreffen handeln.

Was nun das histologische Bild eines puerperalen Uterus betrifft, ist zu bedenken, daß man häufig regressiv verändertes oder auch nekrotisches Material gewinnt, wodurch die genaue Gewebsdiagnose erschwert ist.
Als Zeichen des Puerperiums finden wir zunächst Uterusmuskelstücke, die durch ein interstitielles Ödem aufgelockert und dissoziiert sind. Seltener ist der Muskel hyalin verquollen oder auch bindegewebig induriert. Die Gefäße in den Muskulaturstücken sind weit und häufig thrombosiert. An manchen Stellen finden sich deutliche Zeichen einer Sklerosierung der Gefäe. Die diffusen und herdförmigen, meist gemischt, aber vorwiegend rundzelligen Infiltrationen im Stroma der Schleimhaut und der Muskulatur fallen als Zeichen der Wundheilung in fast allen Präparaten auf. Auch die Schleimhaut zeigt oft eine bindegewebige Induration und man findet- ebenso wie in der Muskulatur - nicht selten Hämosiderin und Kalkablagerungen. Daneben finden sich in unseren Präparaten meist noch Blut, Fibrin und lockeres Bindegewebe.

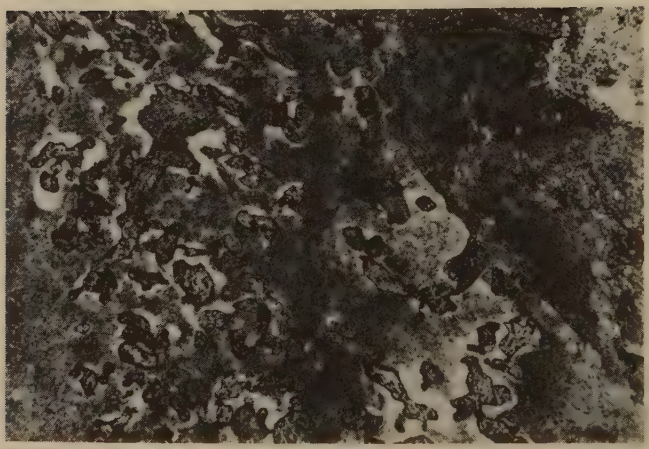
Die vier typischen mikroskopischen Bilder zeigen folgende Charakteristka:

1. Retiniertes Placentargewebe.

Das eigentliche Placentagewebe ist unverkennbar und bereitet dem Untersucher nur dann Schwierigkeiten, wenn die Placentazotten stark regressiv verändert, fibrinoid verquollen oder sogar nekrotisch geworden sind. Besonders bei Placentaresten findet

man häufig am Rand der Zotten Verkalkungen.

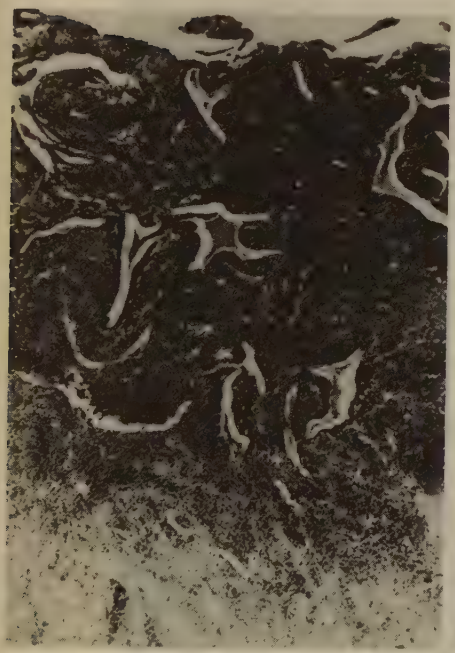
Abbildung I:

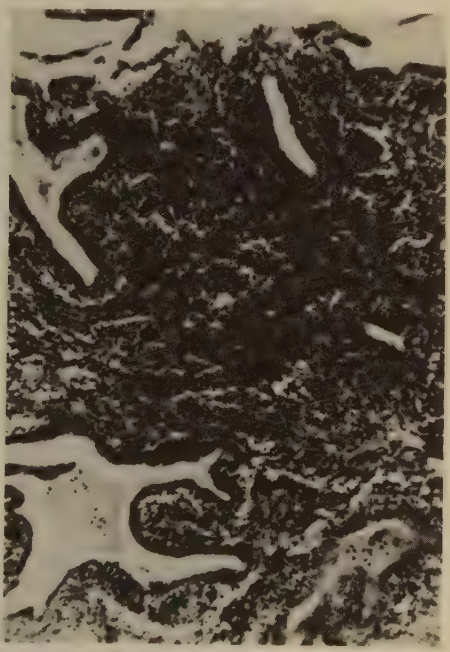


Hist. Nr. 2223/59 HE
Typischer regressiv veränderter, blutig imbibierter Placentarest (Blutung 15 Tage post partum).

2. Endometritis!

Für die Endometritis ist kennzeichnend die gemischtzellige,meist leukocytäre Infiltration, die sich diffus in Schleimhaut und Stroma ausbreitet. Gleichzeitig findet man immer die Zeichen eines meist fibrinösen Exsudates. Seltener können Bakterienrasen oder ein Übergang von einer Endo- auf eine Myometritis beobachtet werden. Bei langdauernder und weiter fortschreitender Entzündung nehmen die regressiven Gewebsveränderungen zu.

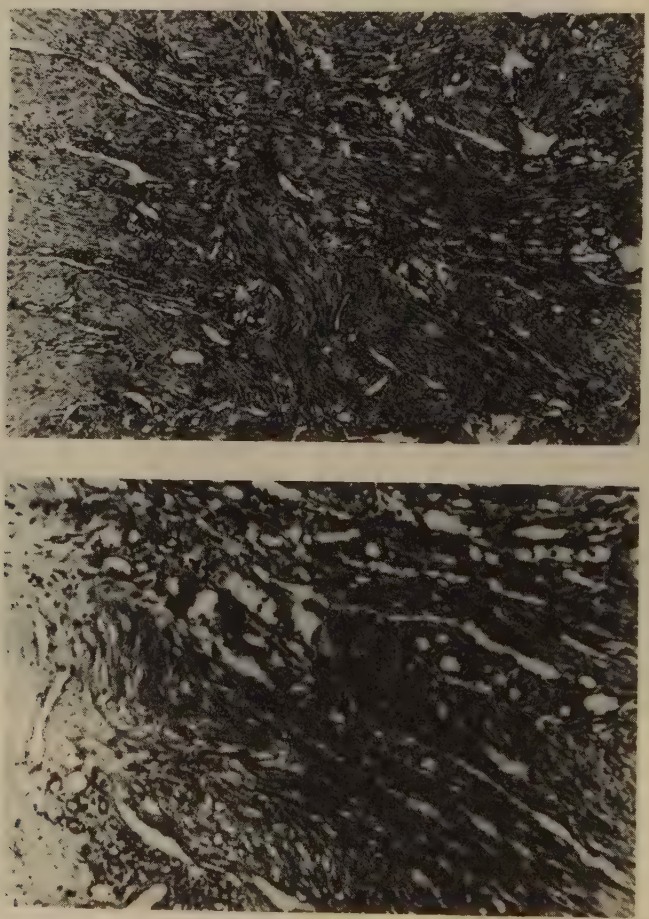




Hist. Nr. 781/57 HE
Regressiv veränderte Corpusschleimhaut mit unspezifischem Funktionszustand. Reichlich diffuse, gemischtzellige Infiltration der Schleimhaut bis in die Muskulatur hineinreichend. (Blutung am 6.Tag post partum).

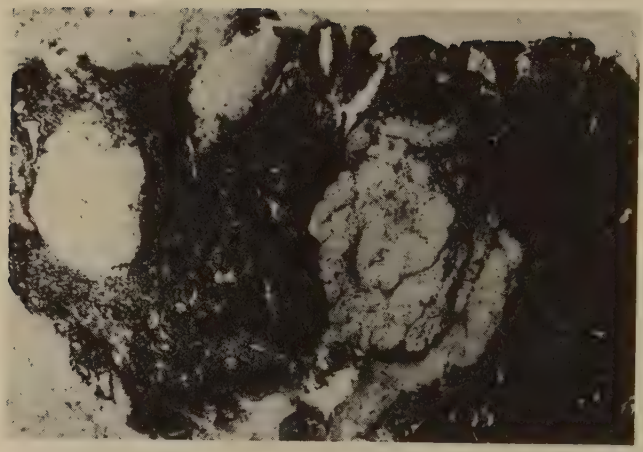
3. Subinvolutio uteri.

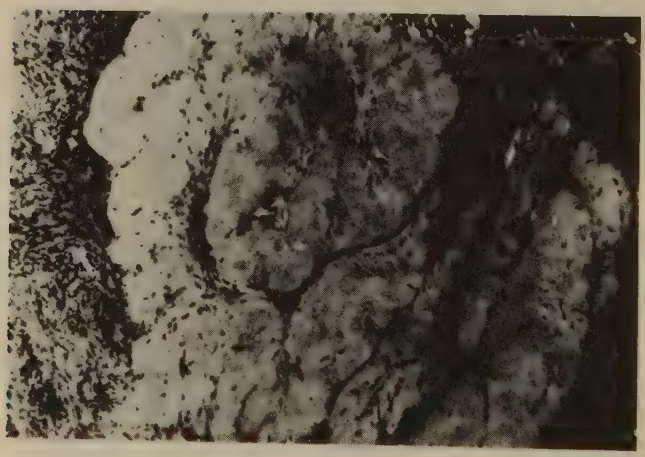
Die Subinvolution bietet von allen Möglichkeiten wohl das interessanteste, weil in der Genese ungeklärte und zu diskutierende Bild. Vorherrschend sind hierbei die Veränderungen, die sich an den Gefäßwänden und in der Muskulatur finden. Man sieht hier ausgedehnte hyaline Verquellungen aller Gefäßwandschichten, die im einzelnen nicht mehr zu unterscheiden sind, und eine hyaline Degeneration der Muskelfasern. Die Corpusmuskelstücke sind häufig besonders ödematös, die Grfäße grob, sehr weitlumig und meist thrombosiert. Daneben finden sich oft deciduale und chorioale Elemente. Bei der Subinvolution ist die oben erwähnte streifen- oder herdförmige Infiltration von Leukozyten oder häufiger Rundzellen sehr ausgeprägt. Dies macht die Abgrenzung gegen eine beginnende Endometritis oft nicht möglich.



Hist.Nr. 161/59 HE
Uterusmuskelstücke mit interstitiellem Ödem und hyalinisierten Muskelfasern. Spärliche interstitielle Rundzellinfiltration. (Blutung am 6. Tag post partum).

Hist. Nr. 1713/60 HE
Uterusmuskelstücke - wohl Placentahaftstelle -
mit weitlumigen hyalinisierten und thrombosierten
Gefässen (Blutung am 14.Tag post partum ).





Hist.Nr. 1401/60 HE
Uterusmuskelstücke- von Schleimhaut mit unspezifischem Aufbau gedeckt - cavumnahe, beträchtlich hyalinisierte Gefäße mit verschlossenen Lumina. (Blutung 5 Wochen post partum ).

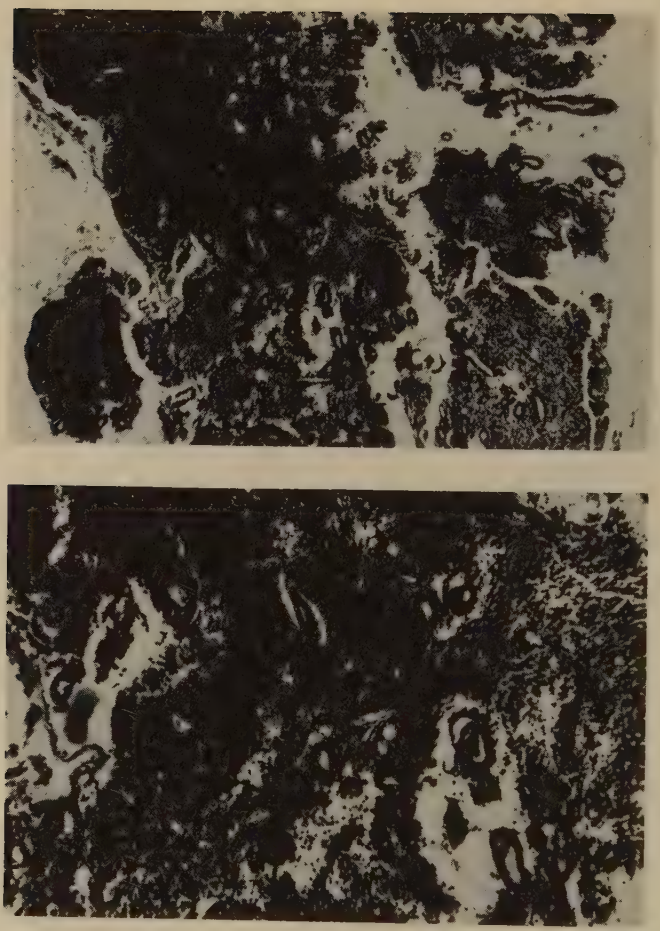
B a c h m e y e r u. S t o l l schreiben, daß die hyalinen Veränderungen wahrscheinlich auf chorioale Elemente zurückzuführen sind. Wir glauben, uns dieser Ansicht nicht anschließen zu können, da wir in unserem Material auch hyalinisierte Gebiete ohne chorioale Elemente gesehen haben.

Den Hormonzustand der Frau im Puerperium als Ursache der Hyalinisierung anzusprechen, erscheint ebenfalls hypothetisch, da der " Spiegel des Hormonzustandes " die Uterusschleimhaut und nicht die Gefäße sind.

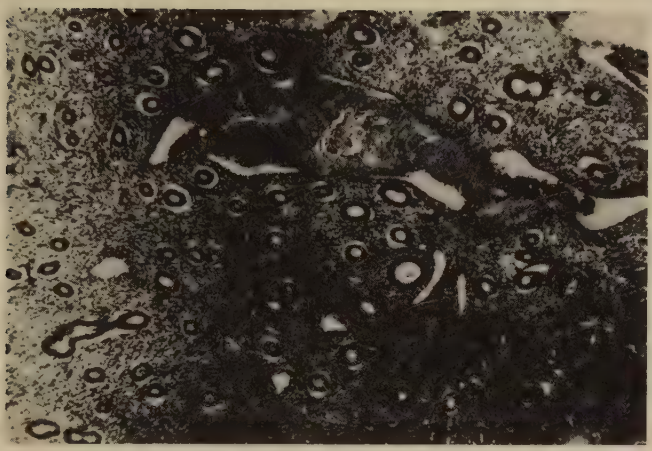
Eine Erklärung für diese Veränderungen können wir nach unserem Material leider nicht geben.

4. Schleimhautbilder mit unspezifischem Aufbau.

Dieses Bild, das für sich allein nur selten vorkommt, aber in Gesellschaft mit den anderen " typischen " histologischen Substraten sehr häufig, zeichnet sich durch in verschiedenen Stadien befindliche Drüsen aus. Man findet nebeneinander glanduläre Hyperplasien mit teilweise cystisch geweiteten Drüsenschläuchen und fast atrophische, kleine inaktive Drüsen. Häufig sieht man stärker Schlängelungen der Drüsen, die Kerne unregelmäßig gelagert und selten basal in den Epithelien vakuolige Aufhellungen.



Hist. Nr. 14o1/6o HE
Corpusschleimhaut mit unregelmäßigem
Bau - unspezifisches Schleimhautbild.
(Blutung 5 Wochen post partum).



Hist.Nr. 936/6o HE
Corpusschleimhaut mit unregelmäßigem
Aufbau - unspezifisches Schleimhautbild.
Hyperplasieähnlich.
(Blutung 22 Tage post partum).

## 6. Zusammenfassung.

Aus unserem Untersuchungsmaterial von 16o Fällen von Wochenbettblutungen - wobei die Dauer des Wochenbetts mit 6 Wochen zugrunde gelegt wird - in der Zeit von 1953 bis September 196o ergibt sich, daß zur Klärung der Diagnose die Curettage unbedingt zu fordern ist.

Eine genaue Ursache der Wochenbettblutung ist noch nicht gefunden. Von den verschiedenen geäußerten Ansichten haben sicher alle eine gewisse Bedeutung. Es werden aber noch viele Ursachen unbekannt sein, die eine maßgebliche Rolle spielen könnten.

Bei o,43 % ( = 98 Fällen ) der in der Frauenklinik Finkenau entbundenen Frauen und 62 von draußen eingewiesenen Fällen war eine Abrasio wegen einer Blutung im Wochenbett erforderlich.

Dabei zeigte die histologische Untersuchung vier verschiedene Ursachen:

1. Rückstände der Schwangerschaft.
2. Subinvolutio uteri.
3. Endometritis.
4. Schleimhautbilder mit unspezifischem Aufbau.

Diese Ursachen traten aber nur in etwa der Hälfte der Fälle allein auf.

1.: 32,5 %,
2.: 15,o %,
3.: 2,5 %,
4.: 3,75%.

Die andere Hälfte des Materials zeigte eine Kombination der einzelnen Bilder. Dabei fand sich

1. in 35 Fällen mit anderen Ursachen kombiniert,
2. in 45 Fällen,
3. in 39 Fällen,
4. in 46 Fällen.

Welches bei der zweiten Hälfte die eigentliche Ursache der Blutung im Einzelfall war, ließ sich nicht mit Sicherheit erkennen.

Häufiger als bisher angenommen, fand sich unter unseren Fällen eine Subinvolutio uteri, die in ihrer Genese noch nicht eindeutig geklärt ist.

Für die Überlassung des Themas und für die Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit sowie bei der Durchsicht des Untersuchungsmaterials bin ich Herrn Prof.Dr.Hanns Dietel, Herrn Oberarzt Dr. Günter Franz sowie der med. techn. Assistentin Frau Ilse Hardtke zu Dank verpflichtet.

---

# Anhang

## Untersuchungsprotokolle.

### 1953

Präparat 80/53. Akten-Nr. 5671 (52).

Klin. Diagnose: Blutung seit Partus.

Hist. Ungleichmässig proliferierte Schleimhaut mit diffuser und herdförmiger Infiltration im Stroma. Daneben vereinzelt nekrotische Chorienzotten. Einzelner stromareicher Polyp.

---

Präparat 569/53. Akten-Nr. 338 (53)

Klin. Diagnose: Normaler Partus 11.3. Seit 10-12 Tagen erneut starke Blutung.

Hist. Corpusschleimhaut mit glandulärer Hyperplasie. Hormonale Störung.

---

Präparat 594/53. Akten-Nr. 840

Klin. Diagnose: Entbindung vor 7 Wochen. Seitdem Blutung.

Hist. Unauffällige Corpusmuskelstücke hochgradig induriert und rundzellig infiltriert. Ruhende flache Corpusschleimhautstücke. Daneben Muskelfasern mit basalen Schleimhautstücken, deren Drüsenlumina cystisch geweitet

---

Präparat 640/53. Akten-Nr. 1157

Klin. Diagnose: Seit Partus am 2.4.53 Blutung.

Hist. Zahlreiche fibrinoid verquollene bis hyalindegenerierte Zotten. Stellenweise mit ausgedehnten Verkalkungen. Decidua hochgradig degenerativ verändert und leukocytär durchsetzt. In der Muskulatur sklerosierte Gefäße. Oberflächlich rundzellige Infiltrate und Eisenablagerungen.

---

Präparat 654/53. Schülke, Erna.

Klin. Diagnose: Normale Entbindung 13.5.53. Entlassung nach 9 normalen Wochenbettagen. Am 24.5. Einsetzen einer leichten Blutung. Am 25.5. verstärkt.

Hist. Vorwiegend Muscularis. Weitlumige Gefäße. Ödem. Zeichen einer stattgehabten Gravidität.

---

Präparat 688/53 Akten-Nr. 1447

Klin. Diagnose: Status nach Entbindung vor 3 Wochen. Seither Blutung.

Hist. Einwandfrei Placentareste. Die Zotten meist fibrinös verquollen. Teils nekrotisch. Dann aber noch an der Struktur erkennbar. Außerdem finden sich meist am Rande der Zotten gelegentlich ausgedehnte Verkalkungen.

---

Präparat 746/53. Akten-Nr. 1692

Klin. Diagnose: Placentarestblutung post partum.

Hist. Unregelmäßige Proliferation. Größere und kleinere Corpus- und erodierte Cervixschleimhautstücke. An einer Stelle hyalinisierte Gewebsstücke. Hämosiderinablagerung. Uterusmuskulatur z.T. mit Restoedem. Alter Placentarest möglich. Subinvolutio.

---

Präparat 805/53. Akten-Nr. 1968.

Klin. Diagnose: Im Januar Entbindung. Seit März unregelmäßige Blutungen.

Hist. Bindegewebig indurierte Schleimhaut in unregelmäßigem Aufbau.

---

Präparat 879/53. Akten-Nr. 2308

Klin. Diagnose: Status nach Partus am 16.3. Seitdem Blutung.

Hist. Diffuse Endometritis bei überschießender Proliferation.

---

Präparat 1349/53. Akten-Nr. 4881

Klin. Diagnose: Partus vor 14 Tagen. Dabei atonische Nachblutung. Abrasio. Jetzt erneute Blutung.

Hist. Neben ödematösen Uterusmuskulaturstücken reichlich Placentareste,

---

Präparat 1371/53. Akten-Nr. 4939.

Klin. Diagnose: z.B. Placentarest.

Hist. Neben ungleichmäßig proliferierter streifig und herdförmig rundzellig infiltrierter Corpusschleimhaut einige weitgehend nekrotische Placentazotten. Aus der Cervix stammendes Material ist ebenfalls streifig gemischtzellig infiltriert. Ebenso mitgewonnene Corpusmuskelstücke. Placentarestblutung und chronische Endometritis.

---

Präparat 1505/53. Akten-Nr. 5522

Klin. Diagnose: Placentapolyp?

Hist. Flache Schleimhautstreifen mit hyperplastischen Drüsen und ausgedehntem unspezif.entzündlichem Granulationsgewebe im Stroma. Mitgewonnene Muskelstücke sind stark diffus rundzellig infiltriert. Floride Endometritis.

---

Präparat 1528/53. Akten-Nr. 5587

Klin. Diagnose: Placentapolyp.

Hist. Flache ungleichmäßig proliferierte plasmocytär infiltrierte Schleimhaut mit streifenförmiger Induration des Stromas. Reichlich Gefäßproliferation. Chronische Endometritis.

---

Präparat 1556/53. Akten-Nr. ? Bauke, Liselotte.

Klin. Diagnose: Placentarestblutung post partum am 14.X.

Hist. Reichlich ödematöse Uterusschleimhaut stark gemischtzellig durchsetzt mit ausgedehnt nekrotischen Gefäßen. Reichlich hämosiderotische Ablagerungen. Daneben Placentareste.

---

Präparat 1610/53. Akten-Nr. 5964

Klin. Diagnose: 2.11.53 Partus. Seither verstärkte Blutungen.

Hist. Einige ödematöse Uterusmuskelstücke mit zahlreichen Gefäßen mit breit hyalin-nekrotischer Wandung. Schleimhaut noch recht flach ödematös mit einigen cystischen geweiteten Drüsen - schläuchen. Im Stroma reichlich Hämosiderin. Wohl unvollständige Involution.

---

Präparat 1658/53. Akten-Nr. 6192.

Klin. Diagnose: Placentareste ?

Hist. Placentarest regressiv verändert. Chorionzellhaufen. Decidua basalis reichlich mit weitlumigen hyalinen Thromben und nekrotischen Gefäßen.

---

Präparat 1764/53. Akten-Nr. 6512

Klin. Diagnose: Placenta? Vaginale Totalextirpation des Uterus ohne Adnexe. Placenta increta, manuelle Lösung. Atonie. Vag. totale. Urämie. Exitus.

Hist. Uterusmuskulatur an den unteren Stellen weitgehend hyalin; von fast vollständig nekrotischer Placenta bis an die Serosa reichend durchsetzt.

---

# 1954

Präparat 3/54. Akten-Nr. 6897

Klin. Diagnose: Blutung post partum am 24.12.53.

Hist. Vollständig nekrotische herdweise beukocytär durchsetzte kleine Placentareste. Daneben reichlich Stücke von ödematöser Muskulatur mit interstitiell herdförmiger fibrinösem Exsudat. Auch in der Muskulatur große regressive Zellen ( Chorion ). An einigen Muskelstücken regressiv veränderte Schleimhautfetzen. Im Stroma herdförmige Nekrose. Subinvolutio bei Placentarest.

---

Präparat 34/54. Akten-Nr. 6983

Klin. Diagnose: Blutungen im Spätwochenbett. Partus 25.11. Seit 8 Tagen post partum anhaltende Schmierblutung.

Hist. Einige Muskelstücke mit geringem interstitiellem Ödem. Hier keine Infiltration. Daneben Stücke einer unregelmäßig proliferierten Schleimhaut mit regressiv veränderten Drüsen und geringer diffuser rundzelliger Infiltration. In einigen Stücken herdförmige Plasmazelleninfiltration. Chronische Endometritis post partum.

---

Präparat 65/54. Akten-Nr. 72o9

Klin. Diagnose: Starke Blutung post partum am 1o.1.53. Morbus Werlhof.

Hist. Reichlich ödematöse, gemischtzellig infiltrierte Muskelstücke mit reichlich Hämosiderinablagerung. Die Mucosa in ungleichmäßiger Proliferation mit vielen herdförmigen gemischtzelligen, vorwiegend plammocytären Infiltrationen. Endometritis post partum.

---

Präparat 74/54. Akten-Nr. 71o3

Klin. Diagnose: Atonische Nachblutung nach Gemini.

Hist. Placentarest.

---

Präparat 155/54. Akten-Nr. 7617

Klin. Diagnose: Curettement post partum.

Hist. Reichlich Blut und Fibrin, daneben lockeres Bindegewebe, von hyalinen Streifen durchsetzt. Mehrfach reciduale Reaktionen.

---

Präparat 214/54. Akten-Nr. 77o2.

Klin. Diagnose: Blutung post partum. Sectio wegen vorz. Placentalösung am 3.11.53. Aus einer Cervixhöhle bröckeliges Gewebe.

Hist. Neben reichlich weitgehend nekrotischen Deciduastücken mit kleinherdförmigen Verkalkungen ungleichmäßig proliferierte Corpusschleimhaut mit diffusen und herdförmigen gemischtzelligen Infiltrationen. Endometritis bei Placentarest.

Präparat 237/54. Akten-Nr. 7981.

Klin. Diagnose: Abrasio post partum bei vollständiger Placenta.

Hist. Blut und lockeres Bindegewebe. Ausgedehnte deciduale Reaktion.

---

Präparat 297/54. Akten-Nr. 8219.

Klin. Diagnose: Curettement bei positiver Curettage postpartum.

Hist. Reichlich Placentastücke.

---

Präparat 298/54. Akten-Nr. 8036

Klin. Diagnose: Blutung post partum. Curettage. Placentareste ?

Hist. Weitgehend nekrotische aber eindeutige Placentareste.

---

Präparat 477/54. Friedrich, Ruth.

Klin. Diagnose: Curettement nach Partus praematurus mens VII. Placenta vollständig.

Hist. Reichlich, meist leukocytär durchsetzte Decidua.

---

Präparat 501/54. Akten-Nr. 8936.

Klin. Diagnose: Endometritis post partum.

Hist. Reichlich ödematöse Muskelstücke mit hyalinisierten Gefäßen. Einige Stücke unregelmäßig gebaut, stets regressiv veränderte Schleimhaut. Ferner Thrombenmund nekrotische Gewebsfetzen.

---

Präparat 822/54. Akten-Nr. 921/54.

Klin. Diagnose: Blutung post partum (24.4.). Placentapolyp.

Hist. Reichlich Corpus- und Cervixmuskelstücke. Die erstere von unregelmäßiger Schleimhaut gedeckt. Drüsen teilweise cystisch erweitert. Im Stroma herdförmige und streifige Rundzelleninfiltration und siderofere Zellen. Cervixdrüsenepithel hoch zylindrisch, ohne Schleimbildung. Muskulatur stark aufgelockert und ödematös. Subinvolution.

---

Präparat 958/54. Akten-Nr. 1352.

Klin. Diagnose: Partus vor 4 Wochen. Wochenbett o.B. Jetzt seit 2 Tagen anhaltende starke Blutung.

Hist. Reichlich weitgehend hyalin-nekrotische Eihautfetzen. Auch findet sich ein Stück Decidua. In basalen Schleimhautstücken mit Drüsen ohne Funktionszeichen mehrere hyalin-nekrotische Gefäße. Mitgewonnene Muskelstücke etwas aufgelockert.

---

Präparat 1976/54. Akten-Nr. 1394.

Klin. Diagnose: 23.3. Sectio (Finkenau). Seit 4 Wochen Blutung. Placentarest ?

Hist. Stücke ruhender Schleimhaut und nekrotische und gemischtzellig infiltrierte Eihautstücke.

---

Präparat 1193/54. Akten-Nr.1950

Klin. Diagnose: 2.7. Partus. Seitdem ständig mehr oder weniger geblutet.

Hist. Neben kleinen Teilen einer stark regressiv veränderten Decidua graviditatis reichlich Stücke der Uterusmuskulatur, die mit einer flachen ruhenden Schleimhaut (Basalis) bedeckt ist.

---

Präparat 1411/54. Akten-Nr. 2507.

Klin. Diagnose: Wochenbettblutung. Partus am 7.8.54.

Hist. Einige nekrotische Eihautfetzen und zahlreiche Muskelstreifen, die schleimhautwärts streifig rundzellig infiltriert sind. Hier auch einige thrombosierte große Gefäße mit hyalinisierten bis nekrotischen Wänden. Die meisten Gefäße in der Muskulatur ohne krankhaften Befund.

---

Präparat 1447/54. Akten-Nr. 2716.

Klin. Diagnose: Wochenbettblutung.

Hist. Einige weitgehend nekrotische und gemischtzellig durchsetzte Deciduastücke,in der mitgewonnenen Muskulatur oberflächlich gemischtzellige Infiltrate und thrombosierte Gefäße mit hyalin-nekrotischen Wandungen.

---

Präparat 1478/54. Akten-Nr. 2823.

Klin. Diagnose: Wochenbettblutung. Placentarest. Abrasio.

Hist. Nekrotische Gewebsstücke mit schattenhaften Placentastücken und Verkalkungen. Mitgewonnene Muskelstücke mit basalen Drüsen unauffällig.

---

Präparat 1819/54. Akten-Nr. 3638.

Klin. Diagnose: Adnexitis, Endometritis. Seit Partus 9.8. dauernd geblutet.

Hist.: Flache Corpusschleimhautstücke mit unregelmäßigen, offenbar funktionslosen Drüsen. Im Stroma kleinherdförmige Rundzelleninfiltrationen. Daneben einige hyalinisierte Gewebsstreifen, die am ehesten von der Basalplatte einer Placenta stammen.

---

Präparat 2007/54 Akten-Nr. 4109.

Klin. Diagnose: Blutung post partum. Entbindung am 30.10. Probeexcision aus polypöser E.
2. Abrasio.

Hist. 1. Oberflächlich stark gemischtzellig infiltrierte erodierte Cervixschleimhautstücke.
2. Unregelmäßig proliferierte Corpusschleimhaut. Basal vereinzelt hyalinisierte dickwandige Gefäße wie nach Gravidität. Im Stroma hämosiderotische Ablagerungen und herdförmige und streifige gemischtzellige Infiltrationen. Mitgewonnene Muskelpartikel ödematös und gering streifig gemischtzellig infiltriert. Endometritis post partum.

# 1955

| | |
|---|---|
| Präparat 500/55. | Akten Nr. 6094 (54) |
| Klin. Diagnose: | Placentarestblutung nach Partus am 25.1. Seitdem intermittierend Blutungen. |
| Hist. | Unregelmäßig proliferierte Corpusschleimhaut wechselt mit Stücken hyalinisierter Deciduastreifen. |

---

| | |
|---|---|
| Präparat 517/55. | Akten-Nr. 6148 |
| Klin. Diagnose: | Blutung post partum am 18.1.55. Verdacht auf Placentarest. |
| Hist. | Unregelmäßig proliferierte gemischtzellig, vorwiegend rundzellig infiltrierte flache Corpusschleimheut. Daneben Corpusmuskelstücke mit großen hyalinisierten Gefäßen. Endometritis nach Gravidität. |

---

| | |
|---|---|
| Präparat 530/55. | Akten-Nr. 6175 |
| Klin. Diagnose: | Cervixpolyp bei Gravidität mens VII-VIII. |
| Hist. | Während der Gravidität teils erodierter, teils epidermisierter Cervixpolyp mit decidualer Reaktion. |

---

| | |
|---|---|
| Präparat 598/55. | Akten-Nr. 5934 |
| Klin. Diagnose: | Blutung am 25. Wochenbettag nach Forceps bei 2552 g schwerem Kind. Meningocele. Placenta angeblich vollständig. Abrasio: 1/2 Pfd. Placenta. |
| Hist. | Nekrotische und hyalin degenerierte Placentateile. |

---

| | |
|---|---|
| Präparat 922/55. | Akten-Nr. 587 (55) |
| Klin. Diagnose: | Am 5.4.55 Partus in der F.F. Seither blutiger Ausfluß und am 3.5. Blutsturz. Placentarest ? |
| Hist. | Unregelmäßig proliferierte Corpusschleimheut, streifig gemischtzellig infiltriert. Daneben reichlich ältere Placentareste. |

---

| | |
|---|---|
| Präparat 1107/55. | Akten-Nr. 1144 |
| Klin. Diagnose: | Partus am 26.4.55. |
| Hist. | Völlig unregelmäßig proliferierte Corpusschleimhaut mit Ödem und geringer diffuser rundzelliger Infiltration im Stroma. Daneben ein autolytisches Corpusschle imhautstück. Endometritis. |

---

| | |
|---|---|
| Präparat 1306/55. | Dr.Fellmann. |
| Klin. Diagnose: | Entbindung vor einem Vierteljahr. Blutungen seit 3 Wochen. |
| Hist. | In der Corpusschleimhaut eine glanduläre Hyperplasie. Die Drüsen sind weitgehend inaktiv und zum Teil etwas cystisch erweitert. |

Präparat 1321/55. Akten-Nr. 1785

Klin. Diagnose: Nachblutung am 5. Wochenbettag.

Hist. Uterusmuskulatur. Einige Placentazotten. Etwas reichlich Decidua und Chorionepithelien. In einigen Cervixschleimhautstücken eine Epidermisierung der Cervixdrüsen.

---

Präparat 1423/55. Akten-Nr. 2150

Klin. Diagnose: Decidua. Partus bei Uterus duplex aus dem linken Horn. Aus dem rechten wird Decidua curettiert ?

Hist. Decidua aus dem rechten Uterushorn.

---

Präprarat 1699/55. Akten-Nr. 2921

Klin. Diagnose: Puerperaler Uterus. Curettage. Uteruswand vorn und hinten auffallend hart. Hier mit Curette Gewebe entnommen. (Hydramnion, Anencephalus).

Hist. Streifig hyalinisierte Decidua. Darin feinkörnige Verkalkungen.

---

Präparat 1763/55. Akten-Nr. 3167

Klin. Diagnose: Abrasio. Placentarestblutung post partum. Partus am 21.7.55. Seitdem Blutung.

Hist. Reichlich, meist hyalinisierte Decidua. Daneben Corpusschleimhautstücke ohne Funktionszeichen. Im Stroma geringes diffuses Rundzelleninfiltrat.

---

Präparat 1802/55. Akten-Nr. 2991

Klin. Diagnose: Blutung post partum. Partus am 15.9. Decidua ?

Hist. Daumengroße zottige Gewebsstücke (Placenta).

---

Präparat 1853/55. Akten-Nr. 3279

Klin. Diagnose: Subinvolutio bei Placentarest. Blutung.

Hist. Zahlreiche grobe Corpusmuskelstücke mit hyalinisierten Muskelfasern. Darinnen weitlumige thrombosierte Gefäße. Andere sind breitwandig und hyalinisiert.Die meisten Muskelstücke sind von einer flachen regressiv veränderten Deciduaschicht belegt. Subinvolution.

---

Präparat 1934/55. Akten-Nr. 3500

Klin. Diagnose: Partus am 28.9.55. Placenta angeblich vollständig. Uterus jedoch am 7. Tag noch entsprechend mens V.

Hist. Uterusmuskelstücke. In diesen reichlich interstitielles Ödem und fibrinöses Exsudat mit herdförmigem Rundzelleninfiltrat. Gefäße meist weitlumig und dickwandig. In diesen Gefäßwänden Nekrobiosen. In den Lumina teilweise Thromben, vielfach aber auch frisches Blut. Subinvolution.

---

Präparat 2058/55. Akten-Nr. 4052

Klin. Diagnose: Partus. Blutung wieder seit 8 Tagen. Festsitzende Placenta.

Hist. Uteruscorpusmuskelstücke mit etwas hyalinisierten und geschwollenen Muskelfasern. Hier ausgedehnte interstitielle Blutungen. Daneben basale Placentastücke mit grob herdförmiger Verkalkung. Vereinzelt noch Nester von chorioalen Elementen. Regressiv veränderte Decidua basalis.

---

Präparat 2133/55. Akten-Nr. 4320

Klin. Diagnose: Abradat. Placentarestblutung nach Partus am 4.11.55. Seit 4 Tagen Blutung.

Hist. Corpusmuskelstücke, die teilweise aufgelockert erscheinen, einige hyalinisiert. Weitlumige Gefäße mit hyalinisierten Wänden. Subinvolution und mangelhafte Rückbildung der Schwangerschaftsgefäße.

---

Präparat 2163/55. Meinke, Elisabeth.

Klin. Diagnose: Placentarestblutung post partum. Partus 13.11.55. Seit 2 Tagen zunehmend starke Blutung.

Hist. Einige Stücke ödematöser Corpusmuskulatur, die von hoher unregelmäßig poliferierter und reichlich gemischtzellig infiltrierter Corpusschleimhaut bedeckt ist. Basal in der Schleimhaut reichlich weitlumige thrombosierte Gefäße mit hyalinisierten Wänden. Endometritis bei Subinvolution.

---

Präparat 2196/55. Akten-Nr. 3975

Klin. Diagnose: Partus am 10.11.55. Seitdem Dauerblutung. Abrasio am 6.12.55.

Hist. Reichlich ödematöse Corpusmuskelstücke mit geringer interstitieller gemischtzelliger Infiltration. Teilweise sind diese Stücke von unregelmäßig proliferierter Corpusschleimhaut bedeckt. Einige Stücke sind exulceriert mit leukocytär durchsetztem Fibrin bedeckt. In diesen hyalinisierte dickwandige Gefäße, die teilweise thrombosiert sind. Meist enthalten sie aber flüssiges Blut. Subinvolution bei unregelmäßiger Gefäßrückbildung.

---

Präparat 2259/55. Akten-Nr. 4198

Klin. Diagnose: z.B. Placentarestblutung post partum. Partus am 29.11.55. Seit 15.12. starke Blutung.

Hist. Grobe Stücke von unregelmäßig proliferierter Corpusschleimhaut. Drüsen meist regressiv verändert. Im Stroma herdförmige und streifige gemischtzellige Infiltration. Basal mehrfach dickwandige hyalinisierte teils thrombosierte Gefäße. Auch aufgelockerte ödematöse Muskelstücke mit reichlich interstitieller gemischtzelliger

Fortsetzung Präparat 2259/55.

Infiltration. In diesen reichlich Chorionzellen mit wenig intensiver Kernfärbung. Daneben nekrotische Gewebsfetzen mit einigen regressiv veränderten Placentazotten. (Wohl Eihautreste). Subinvolution bei Placentarestm mit Endometritis.

---

Präparat 2301/55 Akten-Nr. 3510

Klin. Diagnose: Zustand nach normalem Partus Mitte Oktober 55. Seitdem Blutung. Placentapolyp ? Endometritis.

Hist. Reichlich Corpusmuskelstücke mit diffusem interstitiellem fibrinösem Exsudat. Streifig gemischtzellige Infiltration Mehrfach weitlumige und dickwandige Gefäße, die Wandungen etwas hyalinisiert. Auf den Muskelstücken stellenweise unregelmäßig proliferierte regressiv veränderte Schleimhaut mit streifig gemischtzelliger Infiltration. Subinvolution mit Endometritis.

---

# 1 9 5 6

Präparat 137/56. Akten-Nr. 5258 (55)

Klin. Diagnose: Partus 5.12.55. Seitdem stark geblutet. Abrasio. Placentarest.

Hist. Völlig unregelmäßige Proliferation der Corpusschleimhautstücke mit reichlich gemischtzelligen Infiltrationen im Stroma. Endometritis, kein Schwangerschaftsrest.

---

Präparat 184/56. Akten-Nr. 4203

Klin. Diagnose: Curettage post partum. Z.B. Placentarest.

Hist. Im Material Decidua basalis. Drüsen von reichlich Bindegewebsstreifen durchzogen. Herdförmige Hämosiderinablagerungen in den Bindegewebszügen. Auch findet sich eine einzelne Placentazotte. Gefäße hyalinnekrotisch. Zustand nach partieller vorzeitiger Lösung.

---

Präparat 396/56. Akten-Nr. 5826

Klin. Diagnose: Placentarestblutung. Partus 13.1. Ca. 5.II. Nachcurettage. Seitdem Blutung in Regelstärke.

Hist. Nichts von Placenta. Neben Blut reichlich Stücke von Granulationsgewebe. In einem ödematösen und gemischtzellig infiltrierten Corpusmuskelstück ein dickwandig hyalinisiertes Gefäß. Subinvolution mit abklingender Endometritis.

---

Präparat 477/56. Akten-Nr. 5843

Klin. Diagnose: Curettage bei Subinvolutio uteri. Z.B. Placentarest.

Hist. Nichts von Placenta. Man erkennt reichlich Uterusmuskulatur mit weitgehend hyalinisierten Fasern. Interstitiell Ödem und streifige Infiltrationen. Gefäße dickwandig und hyalinisiert. Typische Subinvolution.

---

Präparat 494/56. Akten-Nr. 6162

Klin. Diagnose: Placentarestblutung.

Hist. Nichts von Placenta. Man erkennt Corpusmuskelstücke, die ödematös und gemischtzellig infiltriert sind. Vereinzelt regressiv veränderte Decidua. Streifige Corpusschleimhautstücke mit unregelmäßigen Epithelien und reichlich gemischtzelliger Infiltration. Mehrfach weitlumige Gefäße mit hyalinisierten Wänden.

---

Präparat 506/56 521/56 Akten-Nr. 6336 2 x

Klin. Diagnose: Entbundenam 17.2. Placentarestblutung. Gewebsstücke aus dem Cervixcanal entfernt. 2. Subinvolutio uteri. Partus 17.2. Placentarestblutung.

Präparat 506/56 Fortsetzung

Hist. Regressiv veränderte Placentareste.

Präparat 521/56

Hist. Entzündlich veränderte Placentareste und Uterus-Corpusschleimhautstücke mit Ödem, gemischtzelliger Infiltration und fibrinösem Exsudat. Daneben hyalinisierte weitlumige Gefäße.

---

Präparat 530/56. Akten-Nr. 6415

Klin. Diagnose: Placentarestblutung. Partus am 25.2. Seit einigen Tagen starke Blutung und wehenartige Schmerzen.

Hist. Regressiv veränderte Placentastücke. Daneben ödematöse und gemischtzellig infiltrierte Corpusmuskelstücke. In diesen weitlumige und hyalinisierte Gefäße.

---

Präparat 537/56 Akten-Nr. 6425

Klin. Diagnose: Placentarestblutung. Partus 23.2. Dauerblutung, in den letzten Tagen sehr stark.

Hist. Alte Placentareste mit herdförmigen Verkalkungen.

---

Präparat 756/56. Akten-Nr. 6838

Klin. Diagnose: 3.4.56 Abort mens VI. Extraktion am Fuß. Manuelle Placentalösung. Curettage. Am 13.4. Nachcurettage wegen Placentareste. Curettagenperforation.

Hist. Vereinzelt regressiv veränderte Deciduastreifen. Nichts von Placentazotten. Ferner erkennt man Muskelstücke mit reichlich interstitiellem Ödem und geringer diffuser gemischtzelliger Infiltration. Mehrfach große Gefäße. mit nekrotischen Wänden und ( nekrotischem) flüssigem Blut als Inhalt. Subinvolutio.

---

Präparat 761/56. Akten-Nr. 3836

Klin. Diagnose: Zustand nach unvollständiger Abortcurettage. Uterusperforation. Excidierte Perforationsstelle und Placentareste.

Hist. Uterusmuskelstücke. In diesen reichlich Ödem und interstitiell gemischtzellige Infiltrationen. Vielfach weitlumige Gefäße, teils thrombosiert, mit nekrotischen Wänden. Subinvolution.

---

Präparat 1199/56. Akten-Nr. 1593 (56)

Klin. Diagnose: Partus 27.5. (Forceps). Seitdem Dauerblutung, die nach Kontraktionsmitteln (Hb draußen 40 %) fast ganz zurückging.

Hist. Grobe, weitgehend regressiv veränderte Placentastücke.

---

Präparat 1410/56. Akten-Nr.?Baumbach

Klin. Diagnose: Starke Blutung post partum (am 24.7.56 Bülowstraße). Placentarestblutung.

Hist. Gewebe weitgehend nekrotisch. Deutlich Deciduazellverbände. Zottengewebe läßt sich nicht nachweisen.

---

Präparat 1414/56. Akten-Nr. 2586

Klin. Diagnose: Plötzliche Blutung post partum (vor 10 Tagen). Placentarest.

Hist. Regressiv veränderte, teilweise hyalin-degenerierte Decidua graviditas.

---

Präparat 1686/56. Akten-Nr. 3433

Klin. Diagnose: Entbindung am 3.9.56.Seit 2 Tagen plötzlich starke Blutung.

Hist. Aufgelockerte ödematöse Uterusmuskelstücke, die reichlich interstitiell gemischtzellig, vorwiegend rundzellig infiltriert sind. Daneben kleine autolytische Corpusschleimhautstücke und ödematös und gemischtzellig infiltrierte Cervixschleimhautstücke. Subinvolution. Endometritis.

---

Präparat 1736/56. Akten-Nr. 3551

Klin. Diagnose: Metrorrhagien bei Subinvolutio uteri post partum. Schleimhauthyperplasie. Placentarestblutung. Partus am 11.9.56.

Hist. Glanduläre Hyperplasie der Corpusschleimhaut. Glandulärcystischer Corpuspolyp. Ruhige Plattenepithelstreifen.

---

# 1957

Präparat 40/57. Akten-Nr. 5643 (56)

Klin. Diagnose: Z.B. Placentarestblutung. Partus am 21.12.56.Totgeburt.

Hist. Grobe Corpusmuskelstücke mit weitlumigen Gefäßen, deren Wände regressiv verändert sind. Auf einigen Uetrusmuskelstücken unregelmäßig proliferierende Corpusschleimhaut. Stroma: herdförmige Nekrosen, gering diffus gemischtzellige Infiltration. Subinvolutio uteri.

---

Präparat 154/57. Akten-Nr. 5822

Klin. Diagnose: Partus am 24.12.56. Seit Anfang Januar anhaltende Blutungen in Regelstärke. Subinvolutio. Placentarest?

Hist. Regressiv veränderte Corpusschleimhautstücke mit reichlich gemischtzelliger Infiltration im Stroma. Außerdem einige Corpusmuskelstücke, die ebenfalls gemischtzellig infiltriert sind. Daneben reichlich Nekrosen am ehesten nekrotische Decidua.

---

Präparat 360/57. Akten-Nr. 6539

Klin. Diagnose: Placentarestblutung.

Hist. Reichlich regressiv veränderte Placenta mit herdförmigen Verkalkungen. Außerdem Uteruscorpusmuskulaturstücke mit reichlich interstitiellem Ödem und diffus-gemischtzelliger Infiltration. Auf solchen Muskelstücken herdweise unregelmäßig proliferierende Corpusschleimhaut. Subinvolutio uteri infolge Placentarest.

---

Präparat 398/57. Akten-Nr. 6603

Klin. Diagnose: Am 11.2.Partus im Hause. Placenta angeblich vollständig. Am 15.2. Einsetzen starker Blutungen. Sofortige Curettage. Reichlich festhaftende Placentareste.

Hist. Blutgerinnsel und regressiv veränderte hochgradig imbibierte Placentastücke.

---

Präparat 603/57. Akten-Nr. 7107

Klin. Diagnose: Atonische Blutung post partum.

Hist. Makroskopischer Befund: puerperaler Uterus. Portio-Cervix ganz flach ausgezogen. Makroskopisch kein krankhafter Befund.
Histologisch: Plattenepithel der Portio größtenteils defekt. Reste sind unauffällig. Im Cervixbereich ausgedehnte interstitielle Blutungen. An den Gefäßen hier kein krankhafter Befund. Uterusmuskulatur typisch puerperal umgewandelt. An mehreren Stellen erkennt man jedoch eine vakuolige Degeneration. In solchen Bereichen ausgedehnt interstitielles Ödem;auch hier an den Gefäßen kein deutlicher krankhafter Befund. Subinvolutio.

Präparat 616/57. Akten-Nr. 6979

Klin. Diagnose: Blutung am 1o. Wochenbettag.

Hist. Reichlich grobe Corpusmuskelstücke mit hyalinen Fasern. In diesen zahlreiche weitlumige, teilweise thrombosierte Gefäße. Oberflächlich stellenweise etwas regressiv veränderte Corpusschleimhaut ohne Funktionszeichen. Hier im Stroma jedoch diffus gemischtzelliges Infiltrat. Subinvolutio uteri.

---

Präparat 699/57. Akten -Nr. 7336

Klin. Diagnose: Am 2.3.Partus außerhalb. Seit 19.3. Blutungen. Uterus gut faustgroß. Placentarest. Subinvolutio.

Hist. grobe, meist regressiv veränderte Placenta. Teilweise reichlich gemischtzellig infiltriert.

---

Präparat 781/57. Akten-Nr. 7558

Klin. Diagnose: Blutung am 6. Wochenbettag. Gewebefetzen.

Hist. Im Abradat nichts von Placenta. Einige hyalinisierte Uterusmuskelstücke. Daneben reichlich fibrinöses Exsudat, das teilweise beträchtlich leukocytär durchsetzt ist. An anderen Stellen nekrotische Gefäßwände mit Thromben. Endometritis.

---

Präparat 95o/57. Akten-Nr. 388 (57)

Klin. Diagnose: Partus 29.3. Wegen unvollständiger Placenta dort curettiert. Jetzt fast 3 Wochen Blutungen. Uterus vergrößert.

Hist. Einige grobe regressiv veränderte bis nekrotische Placentastücke. In diesen reichlich streifig gemischtzelliges Infiltrat. Außerdem einige Uterusmuskelstücke, die ebenfalls streifig gemischtzellig infiltriert sind.

---

Präparat 1231/57. Akten-Nr. 1351

Klin. Diagnose: Partus 2?.2. Am 3.6. starke Blutung. Subinvolutio ? Placenta ? Abort ?

Hist. Hochgradig regressiv veränderter Placentarest.

---

Präparat 1244/57. Akten-Nr. 1155

Klin. Diagnose: Zustand nach übernähter Uterusperforation (1954). Partus am 18.5.57. F.F. Blutung seit der Entlassung am 24.5.

Hist. Reichlich regressiv veränderte Corpusschleimhautstücke mit Zeichen stattgehabter unregelmäßiger Proliferation. Im Stroma diffus gemischtzellige Infiltration. Außerdem einige Corpusmuskelstücke mit streifiger Hyalinisierung und streifig gemischtzelliger Infiltration. Endometritis Pigment, Eisen ? Hämosiderin.

---

Präparat 1260/57. Akten-Nr. 1048

Klin. Diagnose: Blutungen. Zweimal Curettage (März und April) in Privatklinik.

Hist. Grobe regressiv veränderte Placentastücke.

---

Präparat 1376/57. Akten-Nr. 1710

Klin. Diagnose: Partus 14.4. F.F. Seit dem 20.4. Blutungen wechselnder Stärke. Keine Temperaturerhöhung. Bekam 2 Cyren-B-Injektionen.

Hist. Flache Corpusschleimhautstücke mit unregelmäßigen unverdächtigen Drüsen. Im Stroma reichlich gemischtzelliges Infiltrat, unspezifisches Granulationsgewebe und herdförmig streifige Nekrosen (Am ehesten Decidua). Endometritis bei Placentarest.

---

Präparat 1473/57 Akten-Nr. 1969

Klin. Diagnose: Vor 3 Wochen Partus in der F.F. Seither geblutet. Endometritis ? Placentarest ?

Hist. Nekrotische Teile einer Decidua graviditatis. Daneben Muskelstücke mit mächtigen weitklaffenden Gefäßen und starken Rundzellinfiltrationen in allen Gewebsteilen.

---

Präparat 1491/57 Akten-Nr. 2108

Klin. Diagnose: Partus am 30.6.57. Seither geblutet. Placentarest ? Endometritis ?

Hist. Etwas unregelmäßig proliferierende Corpusschleimhaut, die im Stroma diffus gemischtzellig infiltriert ist. Außerdem im Stroma streifige Nekrosen. Daneben einige hyalinisierte weitlumige Gefäße, die teilweise thrombosiert sind. Subinvolutio.

---

Präparat 1737/57 Akten-Nr. 2931

Klin. Diagnose: Zustand nach Abort mens V-VI und Curettage am 11.8.57. Seit dem 21.8. starke Blutung. Subinvolutio.

Hist. Viele kleine reichlich gemischtzellig infiltrierte Rückbildungsschleimhautstücke. In diesen herdförmige Nekrosen. (Nekrotische Decidua).

---

Präparat 1750/57 Akten-Nr. 2973

Klin. Diagnose: Partus Februar 57. Vor 8 Wochen verlängerte 1. Regel post partum. Vor 14 Tagen Blutungen bis jetzt.

Hist. Grobe indurierte Corpusschleimhautstücke. Drüsen teils regressiv verändert, teils unregelmäßig proliferiert mit geringer glandulär-cystischer Hyperplasie.

---

Präparat 1762/57. Akten-Nr. 2933.

Klin. Diagnose: Partus 2.8.57. Endometritis. Blutung post partum.

Hist. 1.Portion: reichlich Uterusmuskulaturstücke, die interstitielles Ödem mit einer mäßigen diffus gemischtzelligen Infiltration zeigen. In diesen Muskelstücken zahlreiche meist weitlumige Gefäße mit ausgesprochen hyalin-nekrotischen Wänden. Außerdem spärlich diffus gemischtzellig infiltrierte Cervixschleimhautstücke. 2.Portion: Gleichartige Uterusmuskelstücke, diese teilweise von unregelmäßig proliferierter und reichlich gemischtzellig infiltrierter Corpusschleimhaut bedeckt. Außerdem reichlich Anteile aus der Cervix, die reichlich diffus gemischtzellig infiltriert sind. Subinvolutio und Endometritis.

---

Präparat 1860/57. Akten-Nr. 3201

Klin. Diagnose: Partus 19.8. F.F. 5 Tage keine Blutung, seitdem Blutung.

Hist. Grobe Corpusmuskelstücke mit reichlich hyalinisierten Gefäßen und interstitiellem Ödem. Außerdem cavumwärts streifige gemischtzellige Infiltration. Ferner zahlreiche mittelhohe unregelmäßig proliferierte Corpusschleimhautstücke, die reichlich diffus gemischtzellig infiltriert sind. Unspezifische Endometritis bei Subinvolutio uteri.

---

Präparat 1931/57. Akten-Nr. 3421

Klin. Diagnose: Partus 5.9.57 privat. Blutung vom 17.9. intermittierend bis jetzt. Uterus gut zurückgebildet.

Hist. Entzündlich infiltrierte regressiv veränderte, teilweise schon nekrotische Teile der Decidua graviditatis.

---

Präparat 2094/57. Akten-Nr. 4043

Klin. Diagnose: Anhaltende Blutung. Z.B. Placentarest, z.B. Endometritis.

Hist. Einige grobe Uterusmuskelstücke mit interstitiellem Ödem und streifig interstitiell gemischtzelliger Infiltration. Außerdem einige weitgehend hyalinisierte Corpusschleimhautstücke. In diesen erkennt man noch deciduale Reaktion. Mehrfach grosse Elemente, bei denen es sich offenbar um Chorionzellen handelt. Die meisten Gewebsstücke sind von reichlichem unspezif. Granulationsgewebe durchsetzt. Subinvolutio bei Placentarest.

---

Präparat 2243/57. Akten-Nr. 4523

Klin. Diagnose: 9.9.57 Entbindung. 9.11.57 Beginn starker Blutungen mit Schmerzen im Unterbauch (wehenartig). Vorher keine Menses.

Hist. Flache Corpusschleimhautstücke, in diesen ruhende Drüsen. Im Stroma ausgdehnte diffus gemischtzellige, vorwiegend rundzellige Infiltrationen. Außerdem erkennt man einige grobe hyalinisierte bis nekrotische Gefäße. Es handelt sich somit um eine subakute Endometritis post partum.

---

Präparat 2272/57. Akten-Nr. 4596

Klin. Diagnose: Partus 26.1o. Am 11.11. erstmalig Blutung. Seit heute sehr stark. Uterustamponade erforderlich.

Hist. Einige indurierte Cervixschleimhautstücke mit Restinfiltration. Außerdem völlig unregelmäßig proliferierte Corpusschleimhautstücke mit ziemlich reichlicher gemischtzelliger Infiltration im Stroma. Daneben grobe Corpusschleimhautstücke mit herdförmigen Nekrosen. Vorwiegend jedoch Uterusmuskulatur, die streifig hyalinisiert und ausgedehnt interstitiell gemischtzellig infiltriert ist. Innerhalb der Gewebsstücke mehrfach sehr grobe Gefäße mit nekrotischen Wänden. In einigen Gefäßen alte Thromben. Endometritis bei Subinvolutio uteri.

---

Präparat 2390/57. Akten-Nr. 4842

Klin. Diagnose: Placentarestblutung.

Hist. Reichlich grobe puerperale Uterusmuskelstücke. Diese hochgradig regressiv verändert, teilweise nekrotisch. In den Gefäßen mehrfach grobe Thromben. Auf diesen Uterusmuskelstücken grobe, offenbar fest anhaftende Blutkoagula. Streifen von Decidua basalis, die ebenfalls regressiv verändert sind. Dann vereinzelt auch Nester von regressiv veränderten Chorionzellen. Es handelt sich um Subinvolutio uteri schweren Grades.

---

Präparat 2500/57. Akten-Nr. 5190

Klin. Diagnose: Blutung 6 Wochen post partum (17.1o.57).

Hist. Reichlich grobe Corpusschleimhautstücke mit weitgehend ödematösem und dissoziiertem Stroma. Drüsen weitlumig und geschlossen mit geringen Zeichen der stattgehabten Sekretion. Beginnende Menstruation. Keine Subinvolution oder Placentareste.

---

1 9 5 8

Präparat 268/58. Akten-Nr. 6141 (57)

Klin. Diagnose: Blutung am 9. Wochenbettag.

Hist. Blut und Fibrin. Kleine Stücke weitgehend nekrotischer Decidua. Randständig reichlich gemischtzellig durchsetzt. Cervixschleimhaut reichlich gemischtzellig infiltriert.

---

Präparat 517/58. Akten-Nr. 6873

Klin. Diagnose: Partus 27.2. F.F. Vollständige Placenta. Jetzt starke Blutung. CK offen. Makroskopisch Placenta.

Hist. Unregelmäßig proliferierte Corpusschleimhaut mit reichlich diffus gemischtzelliger Infiltration. Corpusmuskulatur mit diffusem Ödem und streifig gemischtzelliger Infiltration. Einige grobe Gefäße mit weitgehend hyalinen bzw. nekrotischen Wandungen.

---

Präparat 530/58. Akten-Nr. 6876

Klin. Diagnose: Partus 7.2.58 zu Hause. 14 Tage später Beginn von Blutungen wechselnder Stärke bis heute. Uterus normal groß.

Hist. Grobe unregelmäßig proliferierte Corpusschleimhaut mit reichlich diffus oder streifig gemischtzelligem Stroma. Einige grobe Anteile von nekrotischer Decidua, in dieser grobe nekrotische Gefäßwandungen. Auch einige Uterusmuskulaturstücke, spärliche Zeichen von einem puerperalen Uterus. Oberflächennahe interstitielle, gering diffuse Rundzelleninfiltrate. Endometritis mit spärlichen

---

Präparat 715/58. Akten-Nr. 221

Klin. Diagnose: Subinvolutio uteri post partum. Z.B. Placentapolyp.

Hist. Regressiv veränderte Corpusschleimhaut. Hochgradig regressiv veränderte Placentateile. Reichlich Blut.

---

Präparat 862/58. Akten-Nr. 545

Klin. Diagnose: Zustand nach Partus ( Eklampsie). Nachcurettage wegen fraglich vollständiger Placenta.

Hist. Reichlich Blutkoagula. Grobe, teils regressiv veränderte, teils nekrotische Deciduastreifen. Diese weitgehend basal gemischtzellig infiltriert.

---

Präparat 1196/58 Akten-Nr. 1338

Klin. Diagnose: Entbindung F.F. 26.4.58. Bis 28.5. Wohlbefinden.Seitdem Blutung. Z.B. Endometritis.

Hist. Wahrscheinlich Decidua. Indurierte und entzündlich infiltrierte Teile der Basalis mucosae.Keine Proliferation zu erkennen.

Präparat 1294/58. Akten-Nr. 1692

Klin. Diagnose: Endometritis postpartum.

Hist. Reichlich grobe, reichlich gemischtzellige Infiltration. Unregelmäßig proliferierte Corpusschleimheit. Im Stroma Hyalinisierung und Nekrosen. Placentarest mit stark geschrumpften und hyalinisierten Zotten. Blutkoagula. Unspezifische Endometritis bei Placentarest.

---

Präparat 1538/58. Timmann, Gerda.

Klin. Diagnose: Erste Schwangerschaft. Blutung post partum. 11.7.58 Rothenburgsort.

Hist. Reichlich stark regressiv veränderte, teilweise nekrotische Deciduafetzen.

---

Präparat 1759/58
1760/58 Akten-Nr. 2957

Klin. Diagnose: Am 23.8.58 Spontanpartus. Entlassen am 30.8. 4.9. Wiederaufnahme mit heftiger Blutung.

Hist. 1759 Reichlich Blut und Fibrin. Ödematös gemischtzellig infiltrierte, unregelmäßig proliferierende Corpusschleimhaut. Kleines, weitgehend regressiv verändertes bis nekrotisches Placentastück.

Hist. 1760 Uterusmuskulaturstücke beträchtlich ödematös, vielfach streifig gemischtzellig infiltriert. Ein Uterusmuskelstück, das weitgehend hyalinisiert ist. Zahlreiche, weitlumige, meist thrombosierte Gefäße (Placentainsertionsstelle). Außerdem Blut und Fibrin. In diesem Material nichts von Placenta, aber Subinvolutio.

---

Präparat 1844/58. Akten-Nr. 3273

Klin. Diagnose: Partus vor 8 Wochen. Seither geblutet. Placenta ?

Hist.: Corpusschleimhaut mit ruhenden Drüsen. Im Stroma geringe streifige gemischtzellige Infiltration. Uterusmuskelstücke ohne Besonderheiten. Eindeutig nekrotischer Placentakomplex.

---

Präparat 2011/58. Akten-Nr. 3602

Klin. Diagnose: Blutung am 8. Wochenbettag. Placentarest ?

Hist.: Blut und Fibrin. Einige regressiv veränderte Corpusschleimhautstücke mit reichlich gemischtzelliger Infiltration. Die Drüsen etwas weitlumig und ohne Funktionszeichen. Etwas weitgehend nekrotische Decidua basalis.

---

Präparat 2o28/58. Akten-Nr. 364o

Klin. Diagnose: Curettage. Blutung am 7. Wochenbettag.

Hist. Decidua basalis stellenweise reichlich gemischtzellig infiltriert. Einige gemischtzellig infiltrierte Corpusschleimhautstücke. Weitlumige schleimreiche Drüsen. Decidual umgewandeltes Stroma.

---

Präparat 2o3o/58. Akten-Nr. 3723

Klin. Diagnose: Abrasio. Vor 14 Tagen Interruptio außerhalb. Seit 1 Woche $B_1$utung.

Hist. Reichlich regressiv veränderte Corpusschleimhaut. Deutlich decidu ale Stromareaktion. Im Stroma außerdem reichlich diffuse gemischtzellige Infiltrationen.

---

Präparat 2o65/58. Akten-Nr. 385o

Klin. Diagnose: Blutung post partum am 1o.1o. seit 21.1o.

Hist. Weitgehend nekrotische bis regressiv veränderte Placentastücke.

---

Präparat 2o73/58. Akten-Nr. 3957

Klin. Diagnose: Dauerblutung post partum am 19.8.58.

Hist. Einige flache Corpusschleimhautstücke. Wechselnd weitlumige funktionslose Drüsen. Stroma zusammengesintert. Ruhende Corpusschleimhaut. Außerdem mehrere Uterusmuskelstücke mit reichlich weitlumigen Gefäßen und geringem interstitiellem Ödem. Subinvolutio.

---

Präparat 2o85/58. Akten-Nr. 365o

Klin. Diagnose: Entbindung am 28.8. Am 12.1o. Aufnahme wegen Endometriose. Seit 22.1o. Blutung. Placentarest.

Hist. Reichlich mittelhohe Corpusschleimheut mit fortgeschritten proliferierenden Drüsen. Diese teilweise geschlängelt und teilweise cystisch geweitet. Die Kerne unregelmäßig gelagert. Mehrfach basal in den Epithelien Vakuolen. Cirkulär um die Drüsen Ödem. Im Stroma erkennt man eine wechselnd starke streifige und gemischtzellige, vorwiegend rundzellige Infiltration. Außerdem Im Stroma inselförmige Nester von weitgeh nd nekrotischer Decidua. Ferner nekrotische Deciduastücke.
1) Corpus-Luteum-Hormon-Insuffizienz.
2) Reaktive Infiltration des Corpusschleimhautstromas bei Deciduaresten.

---

Präparat 2133/58. Akten-Nr. 398o

Klin. Diagnose: Placentarest? Endometritis post partum.

Hist. Grobe, weitgehend nekrotische oder regressiv veränderte Placentastücke mit grob-herdförmigen Verkalkungen.

---

# 1959

Präparat 43/59 Akten-Nr. 5116 (58)

Klin. Diagnose: Wochenbettblutung. Placenta ?

Hist. Uterusmuskulatur ödematös, Muskelfasern hyalinisiert. Wie Subinvolutio.

---

Präparat 161/59. Akten-Nr. 5854

Klin. Diagnose: Blutung am 6. Wochenbettag.

Hist. Uterusmuskulatur hochgradig ödematös. Subinvolutio.

---

Präparat 240/59. Akten-Nr. 5885

Klin. Diagnose: Abrasio. Placentarest. Partus 28.1.59 F.F. Blutung seit 7.2.

Hist. Uterusmuskulatur ödematös, gemischtzellig diffus durchsetzt. Subinvolutio.

---

Präparat 329/59. Akten-Nr. 6023

Klin. Diagnose: Uterusatonie.

Hist. Uterusatonie. In größeren Gefäßen frische Thromben, in ektatischen Lymphgefäßen reichlich Leukos. Uterusmuskulatur ödematös, streifig leukocytär infiltriert.

---

Präparat 368/59. Akten-Nr. 6200

Klin. Diagnose: Postpartale Blutung. Entbindung durch Sectio (F.F.) am 14.1.59.

Hist. Corpusschleimhaut gering diffus gemischtzellig infiltriert. Grobe nekrotische Gewebsfetzen, stellenweise schattenhaft Decidua. Eihaut- und Deciduareste.

---

Präparat 371/59. Akten-Nr. 6203

Klin. Diagnose: Postpartale Blutung. Entbindung 27.1.

Hist. Corpusschleimhaut. Plumpe Drüsen. Im Stroma oberflächennahe, gering streifig gemischtzellige, vorwiegend rundzellige Infiltration. Hyperfollikulinie. Überschießendde Proliferation.

---

Präparat 400/59. Akten-Nr. 6332

Klin. Diagnose: Partus 4.2. F.F. Seit einer Woche Blutung. Placentarest ?

Hist. Corpusschleimhaut. Funktionslose Drüsen. In der Uterusmuskulatur zahlreiche alt-thrombosierte Gefäße. Interstitiell streifiges Ödem. Subinvolutio.

---

Präparat 500/59. Akten-Nr. 6517

Klin. Diagnose: Partus 22.2. Ausfluß seit 8.3. Schmerzen im Unterleib, Fieber, Kontraktionsmittel, trotzdem Schmierblutung. Placentareste ?

Hist. Blut, regressiv bis nekrotische Eihautstücke. In einigen weitlumige Gefäße, thrombosiert. Uterusmuskulatur ödematös. Gering diffuse streifige Infiltrationen.

---

Präparat 1043/59. Akten-Nr. 1230 (59)

Klin. Diagnose: Partus 14.2.59. Seit Ende April Blutung. CK geschlossen.

Hist. Stark geschrumpfte Corpusschleimhaut. Glykogenreste. Im Stroma starke Gefäßbündel. Mit Sicherheit eine einmal kräftig sezernierende Corpusschleimhaut. Unvollständige menstruelle Abstossung. Auch Reste der nicht zurückgebildeten Decidua graviditatis möglich.

---

Präparat 1190/59. Akten-Nr. 1657

Klin. Diagnose: Abrasio. 12.4.59 Partus. Jetzt Blutung und Abgang von Koagula. Placentareste ?

Hist. Sehr hohe aufgelockerte Corpusschleimhaut. Reichlich deciduale Reaktion. Decidua deutlich regressiv verändert. Subinvolutio.

---

Präparat 1232/59. Akten-Nr. 1689

Klin. Diagnose: Partus 21.5.59 F.F. Seit 11.6. Blutung.

Hist. Hohe, unregelmäßig proliferierende Corpusschleimhaut. Stroma reichlich streifig und herdförmig gemischtzellig infiltriert. Weitgehend nekrotische Eihautfetzen.

---

Präparat 1242/59. Akten-Nr. 1830

Klin. Diagnose: Partus 10.6.59. F.F. Seit 19.6. Blutung. Subinvolutio uteri.

Hist. Spärlich regressiv veränderte und ödematöse Corpusschleimhaut und reichlich weitgehende nekrotische Eihautfetzen. Ödematöse Cervixschleimhautstücke.

---

Präparat 1446/59. Akten-Nr. 2286

Klin. Diagnose: Bröckelige Gewebsstücke von der linken Vorderwand. Partus 26.6. Seit 12.7. Blutung wechselnder Stärke.

Hist. Blut, Fibrin, nekrotisches Gewebe, stark regressiv veränderte Zotten und Teile der Decidua.

---

Präparat 1449/59. Akten-Nr. 2377

Klin. Diagnose: Entbindung am 6.7. Seit 15.7. Blutung wechselnder Stärke. Zuletzt Schmierblutung.

Hist. Überwiegend entzündlich infiltrierte Muskelstücke. Teile einer flachen funktionslosen, teils cystischen Corpusschleimhaut.

---

Präparat 1451/59. Akten-Nr. 2417

Klin. Diagnose: Entbindung 5.7. Am 18.7. und 23.7. Blutung.

Hist. Regressiv veränderte Placentazotten. Decidua parietalis in Rückbildung. Hyalin degenerierte Decidua basalis. Entzündlich infiltrierte Muskelstücke.

---

Präparat 1589/59. Akten-Nr. 3095

Klin. Diagnose: Partus 1.6.59. Seither mit kurzen Unterbrechungen geblutet.

Hist. Blut, Fibrin. Cervixschleimhaut diffus rundzellig infiltriert.

---

Präparat 1712/59. Akten-Nr. 2500

Klin. Diagnose: Zustand nach Sectio Juli 59. Jetzt Blutung über Regelstärke.

Hist. Spärliche Corpusschleimhaut, regressiv verändert, gemischtzellig durchsetzt. Reichlich grobe hyalinnekrotische Gewebsstücke. Am ehesten Eihaut.

---

Präparat 1721/59. Akten-Nr. 3546

Klin. Diagnose: 29.7. Partus. Dauerblutung seit 25.8.,trotz Kontraktionsmitteln anhaltend.

Hist. Reichlich hohe, unregelmäßig proliferierte Corpusschleimhaut. Drüsen regressiv verändert. Im Stroma sehr reichlich diffus gemischtzellige, vorwiegend rundzellige Infiltrationen. Befund wie bei unspezifisch chronischer Endometritis.

---

Präparat 1932/59. Akten-Nr. 4276

Klin. Diagnose: Regel 3 Wo./8 Tg. Partus 24.9.59 F.F. Seit 5 Tagen Blutung.

Hist. Hohe, unregelmäßig proliferierende, regressiv veränderte Corpusschleimhaut. Regressiv veränderte bis nekrotische Placentastücke. Uterusmuskulatur reichlich streifig gemischtzellig infiltriert. Endometritis bei Placentarest.

---

Präparat 1967/59. Akten-Nr. 4o25

Klin. Diagnose: Gewebestück. Placenta ? Schwere Endometritis.

Hist. Nekrotische, reichlich diffus gemischtzellig infiltrierte Eihaut.

---

Präparat 2o15/59. Akten-Nr. 4349

Klin. Diagnose: 2.1o. Partus. Lochialstauung. Seit 18.1o. Blutung, trotz der Kontraktionsmittel nicht anhaltend.

Hist. Uterusmuskulatur reichlich streifig gemischtzellig infiltriert. Blut, Fibrin. Komplexe von nekrotischen Gefäßen. Regressiv veränderte Placentazotten. Placentarestblutung.

---

Präparat 2o29/59. Akten-Nr. 4366

Klin. Diagnose: Z.B. Placenta. Partus am 2o.1o. Subseröses Myom.

Hist. Blut. Grobe, regressiv veränderte Deciduastreifen. Weitlumige regressiv veränderte Gefäße. Grob-herdförmige gemischtzellige Infiltrationen. Große Bakterienrasen. Eihäute mit Decidua.

---

Präparat 2o63/59. Akten-Nr. 4159

Klin. Diagnose: Blutung post partum. Curettage. Perforation.

Hist. Nekrotische Gewebsstücke. Uterusmuskulatur mit nekrotischem Epithel.

---

Präparat 21o9/59. Akten-Nr. 4663

Klin. Diagnose: 29.4. Partus. 6 Wochen post partum geringe Blutung. Seit September Dauerblutung.

Hist. Sekretionsschleimhaut weitgehend in Rückbildung begriffen. Einzelne Teile in Nekrose. Unvollständige menstruelle Abstossung.

---

Präparat 2183/59. Akten-Nr. 485o

Klin. Diagnose: Partus 12.11. Abgang von Placentastücken. Nachcurettage. Placentarest ?

Hist. Regressiv veränderte Decidua basalis.

---

Präparat 2223/59. Akten -Nr. 5o18

Klin. Diagnose: Placentarest ? Starke Blutung im Wochenbett.

Hist.: Weitgehend nekrotische Decidua basalis, ausgedehnt streifig gemischtzellig durchsetzt. Zahlreiche regressiv veränderte Placentazotten.

---

Präparat 2267/59. Akten-Nr. 5093

Klin. Diagnose: Blutung post partum (23.10.59).

Hist. Unregelmäßig proliferierende Corpusschleimhaut. Reichlich ödematöse und hyalinisierte Uterusmuskulatur. Puerperale Umwandlung. Subinvolutio.

---

# 1960

Präparat 92/60. Akten-Nr. 6114 (59).

Klin. Diagnose: Z.B. Placentarestblutung. Blutung post partum 25.12.59 UKE.

Hist. Viele grobe, regressiv veränderte Placentastücke. Streifen von leukocytär durchsetzter und nekrotischer Decidua basalis und einige Uterusmuskelstücke, die breitstreifig hyalinisiert sind. Interstitiell reichliche gemischtzellige Infiltration.

---

Präparat 620/60. Akten-Nr. 7730 (59)

Klin. Diagnose: Partus 1.3.60. Blutung im Spätwochenbett.

Hist. Mehrere Uterusmuskelstücke. Fasern gut zurückgebildet. Geringes interstitielles Ödem. Außerdem mehrere nekrotische grobe Gefäße und ein kleinerer Komplex nekrotischer Placenta.

---

Präparat 624/60. Akten-Nr. 7951 (59)

Klin. Diagnose: Partus am 28.2. Jetzt seit 5 Tagen starke Blutung. Placenta ?

Hist. Spärlich regressiv veränderte Corpusschleimhaut mit stark zusammengesintertem Stroma. Außerdem einige Uterusmuskelstücke, die gut zurückgebildet sind. Auf und innerhalb von diesen reichlich grobe Komplexe von nekrotischen bzw. hyalinisierten Gefäßen. Nichts von Decidua oder chorioalen Elementen.

---

Präparat 701/60. Akten Nr. ?

Klin. Diagnose: Blutung im Wochenbett.

Hist. Zahlreiche Uterusmuskelstücke von mittelhoher Schleimhaut bedeckt. In der Schleimhaut ~~cystisch~~ geweitete und plumpe Drüsen, offenbar überreichlich cystisch proliferiert. Geringe Hyperplasie. Uterusmuskulatur etwas ödematös. Muskelfasern gut ausgebildet. Keine Entzündung. Innerhalb der Uterusmuskulatur breite hyalinisierte Gefäße. Daneben beträchtliche Komplexe von hyalinisierten bis nekrotischen Gefäßen. In Zusammenhang mit diesen weitgehend nekrotische Decidua basalis. Keine Placenta.

---

Präparat 703/60. Akten-Nr. ?

Klin. Diagnose: Partus am 8.3. Bis jetzt unregelmäßig geblutet.

Hist. Regressiv veränderte, unregelmäßig proliferierte Corpusschleimhautstücke. Außerdem einige Komplexe von hyalinisierten bis nekrotischen weiten Gefäßen. Eindeutige Ursache der Blutung.

---

Präparat 764/60. Akten-Nr. ?

Klin. Diagnose: Partus am 4.3. Seitdem leichte Blutungen.

Hist. Einige mittelhohe, völlig unregelmäßig proliferierte Corpusschleimhautstücke. Drüsen beträchtlich regressiv verändert. Im Stroma stellenweise Ödem, vor allem überreichliche diffuse gemischtzellige Infiltration. Keine Placenta oder hyalinisierte Gefäße. Echte Endometritis.

---

Präparat 779/60. Akten-Nr. 488/60

Klin. Diagnose: Blutung post partum.

Hist. Einige flache, stark regressiv veränderte Corpusschleimhautstücke, sehr reichlich diffus gemischtzellig infiltriert. Außerdem ein Uterusmuskelstück mit hyalinisierten Fasern. Hier geringes interstitielles Ödem. Ferner ein Muskelstück mit einigen hyalinisierten bis nekrotischen Gefäßen. Im wesentlichen unspezifische Endometritis.

---

Präparat 800/60. Akten-Nr. 395

Klin. Diagnose: Partus am 29.3. Blutung seit 14.4. Blutung im Spätwochenbett. Endometritis ?

Hist. Zahlreiche Uterusmuskelstücke. Puerperale Umwandlung nicht mehr zu erkennen. Stellenweise geringes interstitielles Ödem. In vielen Gewebsstücken grobe hyalinisierte Gefäße. Keine Placenta.

---

Präparat 822/60. Akten-Nr. 393

Klin. Diagnose: Blutung im Spätwochenbett. Subinvolutio uteri. Endometritis. Partus am 11.4.

Hist. Reichlich Blut und Fibrin. Ein grobes Cervixschleimhautstück. Hier im Stroma geringe diffuse rundzellige Infiltration. Einige flache Corpusschleimhautstücke mit plumpen, etwas hyperplastischen Drüsen, diese reichlich gemischtzellig infiltriert. Daneben erkennt man grobe Uterusmuskelstücke ohne erkennbare puerperale Umwandlung. Man erkennt jedoch ein interstitielles, streifenförmig angeordnetes Ödem. Innerhalb des Ödems reichlich gemischtzellige, vorwiegend aber rundzellige Infiltration. Endo-Myometritis.

---

Präparat 936/60. Akten-Nr. ? entnommen 12.5.

Klin. Diagnose: Endometritis post Abortum (19.4.)

Hist. Im Abradat zahlreiche grobe Corpusschleimhautstücke mit plumpen, etwas geweiteten und hyperplastischen Drüsen. Stroma ödematös. Innerhalb des Stromas grobe, weitgehend nekrotische Gefäße. Ferner einige Uterusmuskelgewebsstücke mit weitlumigen, weitgehend regressiv veränderten Gefäßen, teils nekrotisch. Einige Teile von basaler Decidua mit chorialen Elementen. In einigen Zeichen der beginnenden Verkalkung.
1. Befund wie bei Wochenbettblutung infolge unvollständiger Rückbildung der Gefäße.
2. Wie bei Abortrest.
Keine deutliche Entzündung.

---

Präparat 1187/60. Akten-Nr. 1769

Klin. Diagnose: Partus 28.4. Seit 5.6. unregelmäßige Blutungen. Endometritis ?

Hist. Völlig unregelmäßig proliferierte Corpusschleimhautstücke. Diese reichlich diffus gemischtzellig infiltriert. Innerhalb dieser Schleimhautstücke erkennt man weitlumige, weitgehend hyalinisierte Gefäße. Außerdem einige weitgehend nekrotische Eihautfetzen.

---

Präparat 1202/60. Akten-Nr. 1864

Klin. Diagnose: Partus am 21.5. Seither weitergeblutet. Placentarest ?

Hist. Flache dissoziierte, unregelmäßig proliferierte Corpusschleimhautstücke mit mässig diffuser gemischtzelliger Infiltration. Außerdem einige Uterusmuskelstücke, die ausgedehnt hyalinisiert sind. Auch hier mäßige streifige gemischtzellige Infiltration. Subinvolution bei Endometritis.

---

Präparat 1401/60. Akten-Nr. 2717

Klin. Diagnose: Partus 5.6. Jetzt Subinvolutio uteri.

Hist. Spärliche flache Corpusschleimhautstücke mit stark zusammengesintertem Stroma. Drüsen meist eng, teils weitlumiger und geschlängelt. Alle Drüsen regressiv verändert. Mehrfach im Zusammenhang mit Schleimhaut oder mit Muskulatur oder auch herausgelöste hyalinisierte Gefäße.
1.Follikelhormoninsuffizienz.
2.Subinvolutio (hyalinisierte Gefäße).

---

Präparat 1477/60. Akten-Nr. 2797

Klin. Diagnose: Partus am 20.7. Endometritis post partum.

Hist8 Zahlreiche grobe Gewebsstücke. Uterusmuskelstücke mit vielen weitlumigen Gefäßen, teils obliteriert, teils hyalinisiert. Außerdem ein grobes regressiv verändertes Placentastück. Mehrfach reichlich gemischtzellige Infiltration.

---

Präparat 1503/60. Akten-Nr. 2674

Klin. Diagnose: Partus am 21.6. Klinisch jetzt Endometritis.

Hist. Grobe regressiv veränderte Placentastücke, teilweise nekrotisch. Außerdem spärliche proliferierende Corpusschleimhautstücke.

---

Präparat 1626/60. Akten-Nr. 3272

Klin. Diagnose: Endometritis. Subinvolutio uteri.

Hist. Spärlich rundzellig infiltrierte Uterusmuskelstücke und reichlich grobe, beträchtlich regressiv veränderte bis nekrotische Placentastücke.

---

Präparat 1637/60. Akten-Nr. 3326

Klin. Diagnose: Am 7. Tage post partum Wochenbettblutung.

Hist. Reichlich puerperal umgewandelte Uterusmuskelstücke. Reichlich Decidua basalis, diese streifig gemischtzellig infiltriert. Außerdem in nekrotischen Deciduastreifen vereinzelt chorioale Elemente. Keine Placentazotten, keine auffälligen Gefäße. Subinvolution.

---

Präparat 1713/60. Akten-Nr. 3811

Klin. Diagnose: 14 Tage post partum plötzlich Blutungen.

Hist. Keine Placenta. Zahlreiche grobe Corpusmuskelstücke reichlich ödematös. Am Rand einige grobe und weitlumige, teils thrombosoerte, teils hyalinisierte Gefäße.

---

# L i t e r a t u r - V e r z e i c h n i s.


| Autor: | Wochenschrift: | Jahr: | Nr.: | Seite: |
|---|---|---|---|---|
| Bachmeyer,H. Stoll, P. | Deutsche Med. Wschr. | 1960 | 41 | 1798 |
| Bargen,Focken, Franz: | Archiv f.Gynäkologie | z.Zt. im Druck. | | |
| Beuthe, D. | Münch.Med.Wschr. | 1957 | | 1599 |
| Dubranszky,V. | Grundriss d.pathol.Anatomie u.Histologie der weibl.Geschlechtsorgane Verlg.Joh.Ambr.Barth, München | 1954 | | |
| Focken,A. u. Franz, G. | Zschr.f.Geburtsh.u.Frauenheilkunde | 1957 | 9 | 790 |
| Keller,E.,Enzmann | Zbl. Gynäk. | 1956 | 78 | 1314-1317 |
| Keller,B. | Strasbourg med.N.S. | 1953 | 4 | 309-314 |
| Kneer,M. | Med.Klinik | 1953 | | 394-395 |
| Kurtz,G.R. and Comando, E.N. | Amer.J. Obstetr. | 1953 | 66 | 663-669 |
| Lepage,F. Eyquem,A. et Petit,P.F. | Rev.d. Hematol. | 1952 | 7 | 72-73 |
| Limburg,H. | Ärztl.Verein Hamburg, Sitzung am 21.Okt.1947 Referat:Ärztl.Wschr. | 1947/48 | | |
| Maisel,F.J. Cartnick, E.N. and Zaino, E.C. | Obstetr.a.Gynecol. | 1954 | 3 | 204-209 |
| Martius,Heinrich | Lehrbuch d.Geburtshilfe 3.verbesserte Auflage | 1956 | | 642 |
| Mikulicz-Radecki | Münch.Med.Wschr. | 1952 | | 1991-1996 |
| Mittelstraß,Hans | H.H.Nölke-Verl.Hamburg | 1948 | | |
| Nolan, R.K. and Frick, P.G. | Obstetr.a.Gynecol. | 1953 | 2 | 508-512 |
| Plate, W.P. | Nederl.Tijdschr.Geneesk. | 1953 | | 2276-2280 |
| Seitz, L. und Amreich, A.J. | Biologie u.Pathologie d. Weibes.Bd.IX,Geburtsh. III | 1953 | | 896 |
| Ufer, J. | Hormontherapie in der Frauenheilkunde. Grundlagen u. Praxis Verl.Walter de Gruyter u. Co. | 1960 | | |

## Lebenslauf.

Am 1o. April 1935 wurde ich als zweiter Sohn des Prof. Dr. med. Günther Budelmann und seiner Frau Minna, geb. Siemssen in Hamburg geboren.

Die Volksschule besuchte ich in Hamburg von Ostern 1941 bis September 1944 und anschließend die Gelehrtenschule des Johanneums in Hamburg, an der ich am 3.2.1954 mein Abitur bestand.

Das Studium der Medizin betrieb ich ab Mai 1954: SS 54 bis SS 56 in Tübingen, wo ich am 1.8.56 die ärztliche Vorprüfung ablegte. WS 56/57 in Hamburg, SS 57 in Freiburg, WS 57/58 in Hamburg und SS 58 bis Dezember 1959 in Kiel. Die ärztliche Prüfung bestand ich im Dezember 1959 in Kiel.

Als Medizinalassistent war ich bisher tätig:
Von Februar bis April 196o am Pathologischen Institut des A.K. St. Georg in Hamburg (Prof. Dr. Heine),
von Mai bis Oktober 196o an der Frauenklinik Finkenau in Hamburg (Prof. Dr. Dietel),
seit Dezember 196o an der Chirurgischen Klinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf (Prof.Dr. Zukschwerdt).

Hamburg, März 1961

Hans-Dieter Budelmann

(Hans-Dieter Budelmann)

Druck: Photo Copie GmbH Hamburg 1